

SERVICIO NACIONAL DEL ADULTO MAYOR
COLECCIÓN ESTUDIOS

**MALTRATO
A LAS PERSONAS MAYORES
EN CHILE:
Haciendo visible lo invisible**

MARÍA TERESA ABUSLEME L. | MÁXIMO CABALLERO A.
(Editores)

SERVICIO NACIONAL DEL ADULTO MAYOR
COLECCIÓN ESTUDIOS



**MALTRATO
A LAS PERSONAS MAYORES
EN CHILE:
Haciendo visible lo invisible**

MARÍA TERESA ABUSLEME L. | MÁXIMO CABALLERO A.
(Editores)



ISBN libro impreso: 978-956-8846-04-6

Registro de Propiedad Intelectual: 238563

COORDINACIÓN GENERAL DE LA PUBLICACIÓN:

Unidad de Estudios

Unidad de Comunicaciones

Servicio Nacional del Adulto Mayor

Senama

Las opiniones vertidas en este libro son de exclusiva responsabilidad de los autores de cada uno de los artículos aquí contenidos y no representan, necesariamente, el pensamiento del Servicio Nacional del Adulto Mayor (Senama) o del Estado de Chile.

Cómo citar esta obra:

Abusleme, M.T., Caballero, M. (Editores) (2014). Maltrato a las Personas Mayores en Chile: Haciendo visible lo invisible. Santiago: Senama, 2014. Ediciones Servicio Nacional del Adulto Mayor.

Ediciones Servicio Nacional del Adulto Mayor

Nueva York 52, piso 7 - Santiago de Chile

www.senama.cl

Impreso en Santiago de Chile por Impresora FE&SER Ltda.

Primera Edición: 500 ejemplares

Diciembre de 2013

Editores: María Teresa Abusleme L.

Máximo Caballero A.

Periodista: Camila Quinteros R.

ÍNDICE

| | |
|---|-----|
| PRESENTACIÓN | 5 |
| Rosa Kornfeld Matte | |
| 1. El Maltrato hacia las personas mayores: realidad y desafíos del abordaje desde las políticas públicas en Chile a través del Senama. | 9 |
| María Teresa Abusleme Lama, Máximo Caballero Astudillo | |
| 2. El maltrato de las personas mayores: conceptos, normas y experiencias de políticas en el ámbito internacional. | 19 |
| Sandra Huenchuán | |
| 3. Buen trato al adulto mayor en el bioderecho. | 35 |
| Paulina Ramos Vergara, Ángela Arenas Massa | |
| 4. El adulto mayor víctima de violencia intrafamiliar. Su abordaje en los tribunales de familia. | 45 |
| Jessica Arenas Paredes | |
| 5. Reflexiones epistemológicas en la investigación del maltrato societal. | 63 |
| Marcelo Piña Morán | |
| 6. ¿Hay un buen trato hacia los adulto mayor en el sistema de salud? | 83 |
| Gonzalo Navarrete Hernández, Constanza Briceño Ribot, Víctor Hugo Carrasco Meza | |
| 7. Salud mental e integración social en la Tercera Edad: una visión sistémica de la exclusión social como maltrato. | 105 |
| Daniela Thumala-Dockendorff | |
| 8. Envejecimiento, subjetividad y maltrato. | 119 |
| Susana González R. | |

| | |
|--|-----|
| 9. Familia y Soportes Intergeneracionales en la Aduldez Mayor: riesgos y desafíos. | 127 |
| Marisol del Pozo Sánchez | |
| 10. El maltrato a las mujeres adultas mayores. | 137 |
| Beatriz Zegers P. | |
| 11. Cuidadores y maltrato en la persona mayor: Estrategias para su abordaje. | 155 |
| Constanza Briceño Ribot, Gonzalo Navarrete Hernández, Víctor Hugo Carrasco Meza | |
| 12. Formación de cuidadores: una alternativa para evitar el maltrato psicológico a personas mayores. | 171 |
| Atenea Flores-Castillo, Blanca Ansoleaga Humana, Miguel Ángel Zarco Neri | |
| 13. Estado y personas mayores indígenas en Chile: reflexiones sobre el maltrato simbólico. | 189 |
| Marcelo Hermosilla Jaramillo | |
| NOTA BIOGRÁFICA DE AUTORES Y AUTORAS | 201 |

PRESENTACIÓN

El fenómeno del maltrato y la violencia hacia las personas mayores es relativamente nuevo en Chile, no así hacia otros grupos vulnerables de la sociedad como las mujeres o los niños.

Si bien, hoy no contamos una gran variedad de estudios o documentos que grafiquen la realidad nacional, en los últimos años el país ha ido avanzando en la producción de conocimiento respecto de esta temática. Así, Senama recientemente publicó dos estudios relativos al fenómeno del maltrato tomando como base las regiones de Valparaíso y Metropolitana.

Aunque dichos estudios no son suficientes para establecer una radiografía nacional, sí permiten aproximarnos al fenómeno e invitar a los expertos que trabajan en la temática del adulto mayor a debatir al respecto. Esta publicación es un ejemplo de ello.

A través de estas páginas, diversos profesionales vinculados a la temática del adulto mayor reflexionan a partir de los datos arrojados por el estudio de Senama antes mencionado. Así, nos encontramos con artículos como el María Teresa Abusleme y Máximo Caballero quienes analizan la institucionalidad que hoy existe en el país en materia de vejez y envejecimiento y, al mismo tiempo, se da cuenta de las modificaciones legales que se han implementado para avanzar en la protección de las personas mayores. La Política Integral de Envejecimiento Positivo 2012 - 2025, dada a conocer por el Presidente Sebastián Piñera, entrega un marco de acción para responder a las condiciones de vulnerabilidad en que se encuentran muchos de los adultos mayores de nuestro país, con el fin de enfrentar, de mejor forma, las consecuencias del envejecimiento de la población en los diferentes ámbitos como salud, justicia, educación y vivienda, entre otros.

Por su parte, Sandra Huenchuán aborda el fenómeno desde las perspectivas de la problemática social, de Derechos Humanos y, finalmente, cómo se han desarrollado instancias que permitan disminuir este flagelo.

A su vez, Paulina Ramos y Ángela Arenas abordan el buen trato hacia las personas mayores a partir del bioderecho de modo de poder develar la conceptualización del llamado **"buen trato al adulto mayor"** a partir de la interpretación de los derechos específicos.

Respecto del sistema judicial y los procedimientos de violencia intrafamiliar, Jéssica Arenas reflexiona sobre las dificultades observadas en la aplicación de ciertas normas, la interpretación de las mismas y, finalmente, analiza algunas sentencias de primera instancia que grafican los distintos modos de entender y de resolver los conflictos que afectan a las personas mayores.

En lo relativo al envejecimiento y la necesidad de comprender la relevancia de esta etapa, Marcelo Piña aborda este tema y la cultura en el análisis de los roles sociales que ejercen, o dejan de ejercer, las personas mayores como una de las dimensiones del maltrato societal.

La salud es un área de vital importancia para las personas mayores y, según lo que ellos mismos declaran, es el sector en el que más se debe avanzar para lograr un mejor trato hacia este grupo etario. A raíz de lo anterior, Gonzalo Navarrete, Constanza Briceño y Víctor Hugo Carrasco abordan el maltrato en la dinámica estructural del sistema de salud y analizan los desafíos que debe enfrentar un modelo geriatrizado de salud. No obstante, cabe destacar que un eje fundamental de la Política Integral de Envejecimiento Positivo es promover la autonomía y autovalencia de las personas mayores, previniendo así su dependencia. En este sentido, se ha relevado el tema de los cuidados hacia este grupo etario como necesidad país, implementándose tres programas nuevos: cuidados domiciliarios, centros diurnos y la subvención para los establecimientos de larga estadía (ELEAM).

Con respecto a la inclusión y exclusión social de las personas mayores, Daniela Thumala reflexiona sobre la complejidad que ha alcanzado la sociedad contemporánea que nos obliga a considerar la integración como un fenómeno multidimensional. Del mismo modo, aborda la exclusión como un fenómeno que se da en distintos grados y niveles y es difícil de reparar.

Susana González aborda la temática desde la perspectiva de los Derechos Humanos sin dejar de lado otras líneas de pensamiento como la gerontología, la psicología, la salud, la política o la economía. El envejecimiento es un proceso que cruza todos los aspectos de la vida y, por lo mismo, la subjetividad está presente en las distintas dimensiones del fenómeno del maltrato.

Relacionado con la familia y la importancia de las relaciones intergeneracionales, Marisol del Pozo describe cómo la modernidad ha impactado en las relaciones al interior de la familia y, al mismo tiempo, la forma en que las familias han debido adaptarse a estos cambios.

Las mujeres siempre han sido un grupo vulnerable y un foco de preocupación. Las mujeres mayores de 60 años no son la excepción y, por lo mismo, Beatriz Zegers aborda esta realidad que afecta a miles de mujeres en el mundo, que generalmente ocurre en el círculo familiar y de la que se tienen noticias, pero se subestima su existencia.

Los cuidados que requieren las personas mayores y la necesidad de contar con personal idóneo para ello es una temática que Senama ha enfrentado a partir de 2013

con la implementación de programas de cuidados domiciliarios. Al respecto, Gonzalo Navarrete, Constanza Briceño y Víctor Hugo Carrasco abordan el tema a partir de las necesidades que enfrentan aquellos mayores que dependen de terceros para la ejecución de las actividades de la vida diaria y para la toma de decisiones, entre otros.

En esta misma línea, Atenea Flores, Blanca Ansoleaga y Miguel Ángel Zarco abordan la necesidad de formar cuidadores para evitar el maltrato psicológico.

Finalmente, Marcelo Hermosilla aborda una temática muchas veces olvidada: las personas mayores indígenas y su relación con el Estado. En este artículo se reflexiona sobre la particularidad de la cultura mapuche, principalmente, su relación con las personas de edad y cómo el Estado protege dicho patrimonio.

Los artículos aquí contenidos responden a la necesidad de generar material académico respecto de este fenómeno, que sirva de orientación para la generación de nuevos planes, políticas y programas que contribuyan a mejorar la calidad de vida de las personas mayores. En este sentido, quiero agradecer a todas y a todos quienes colaboraron directa, o indirectamente, con esta publicación: a todos los funcionarios de Senama, a la Unidad de Estudios y a la Unidad de Comunicaciones y, de manera especial, a cada uno de los autores y autoras quienes, desde sus respectivas disciplinas, han realizado un aporte fundamental para continuar con la tarea de proteger y asegurar los derechos de las personas mayores de Chile.

ROSA KORNFELD MATTE
Directora Nacional
Servicio Nacional del Adulto Mayor
(Senama)

EL MALTRATO HACIA LAS PERSONAS MAYORES: REALIDAD Y DESAFÍOS DEL ABORDAJE DESDE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN CHILE A TRAVÉS DEL SENAMA

María Teresa Abusleme Lama
Máximo Caballero Astudillo

RESUMEN

En el presente capítulo se aborda el maltrato hacia las personas mayores como un fenómeno social ambivalente, circunscrito a una trayectoria demográfica y a un abordaje institucional específico, y que encuentra sus causas y consecuencias en aspectos físicos, psíquicos, simbólicos y socio-familiares.

INTRODUCCIÓN

El proceso de envejecimiento de la población y la existencia, en la actualidad, de una vejez que conlleva más años de vida es, sin duda, una consecuencia exitosa de los procesos de desarrollo propios de las sociedades modernas. Estos procesos relacionados con el mejoramiento sostenido y permanente de las condiciones de salud en la población y los avances científicos y tecnológicos, permitió la disminución de las tasas de mortalidad y el aumento de la esperanza de vida, la que en Chile es de 82 años para las mujeres y de 77 años para los hombres. Esto a su vez, está acompañado de la reducción de la tasa global de fecundidad: que para el quinquenio 1980-1985 fue 2,67 y en la actualidad es 1,89 (2010-2015).

De acuerdo a la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional, Casen 2011, el 15,6% de la población nacional corresponde a personas de 60 años y más, lo que sitúa a Chile, según la categorización de Naciones Unidas, en un proceso de envejecimiento avanzado (Huenchuán, González, Paredes, Guzmán, 2007). Por lo mismo, es relevante señalar que el índice de envejecimiento creado a partir de las estimaciones y proyecciones del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, Celade, muestra el crecimiento que este grupo etario ha tenido: si en 2005 había 46,5 personas mayores por cada cien niños entre 0 y 14 años, diez años después la cifra aumentará aproximadamente en 50%, llegando a 72,9 personas mayores por cada cien niños entre 0 y 14 años. Para 2025, las proyecciones estadísticas indican que estas poblaciones quedarán prácticamente igualadas, siendo levemente mayor el número de personas mayores (Celade, 2012).

Esta rápida irrupción de cambios en las configuraciones etarias al interior de la población chilena ocurrió en tres décadas e hizo necesario emprender acciones y programas que releven los principios de la gerontología propuestos por Ricardo Moragas (Moragas, 1991): individualidad, independencia, integración, ingresos, interdisciplinariedad e innovación. Conceptos que nos parecen obvios, pero que a la hora de ejecutarlos no lo son en demasía. Estos operan en nuestra racionalidad, más no siempre en nuestras actitudes.

La vejez y el envejecimiento a nivel país comienzan a ser un tema de interés público y político en 1995, año en que comienza a operar el Comité del Adulto Mayor, bajo el alero de la Primera Dama. No obstante, rápidamente las acciones hacia este grupo etario se transversalizan en las distintas instituciones del Estado, apareciendo la primera política específica en el área de la salud.

En 1999 se envía al Congreso el proyecto de ley que creará una institucionalidad específica para enfrentar el envejecimiento y la vejez. Así, el 17 de septiembre de 2002, a través de la Ley N°19.828, se crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor (Senama).

Senama es un servicio público descentralizado, con patrimonio propio, que se erige como la institucionalidad oficial que aglutina los esfuerzos estatales en torno a la vejez y al envejecimiento. Actúa con un marco de acción fuerte y bien determinado, lo que marca la diferencia con otros países de la región cuya institucionalidad en la materia no está tan desarrollada. Para el diseño de las políticas públicas, planes y programas, el Servicio utiliza como guía de referencia las discusiones internacionales en materia de derechos de las personas mayores y pone énfasis en el Plan de Acción Internacional de Madrid (2002), la Declaración de Brasilia (2007) y la Carta de San José de Costa Rica (2012).

El país ha destacado a nivel latinoamericano en el diseño e implementación de programas para las personas mayores que abogan por los derechos a la salud, la protección social, la participación, el cuidado, la recreación y el ocio, entre otros. En este permanente accionar, en 2012, Senama implementó la Política Integral de Envejecimiento Positivo, cuyos principales objetivos son proteger la salud funcional, mejorar la integración y la participación e incrementar el bienestar subjetivo de las personas mayores. Esta política es un intento por ordenar, agrupar y coordinar todas las actividades destinadas a este grupo etario a nivel estatal. De este modo, se pone el énfasis en las personas mayores como seres humanos autónomos, capaces de tomar sus propias decisiones, bajo un real marco de respeto y valoración de sus derechos. Al mismo tiempo, se releva la generación de programas de cuidado como respuesta a una necesidad país, para lo cual el Servicio implementa tres programas nuevos: Cuidados Domiciliarios, Centros Diurnos y un Fondo Concursable para establecimientos de larga estadía sin fines de lucro.

En esta misma línea, pero desde la protección de derechos, cobra mayor importancia el Programa Contra el Maltrato y Abuso al Adulto Mayor, iniciativa que comenzó a operar en la institución en abril de 2012.

El maltrato hacia este grupo etario comienza a adquirir relevancia a partir de los años 80, haciéndose pública una realidad que estaba relegada al ámbito privado. Si bien surge en el marco de un discurso sobre la vulnerabilidad de este grupo etario, hoy está instalado al interior de los derechos humanos, considerando a las personas mayores como sujetos y no como objetos de protección. Es decir, en la actualidad se plantea que una forma de fortalecer la autonomía, la integridad y el bienestar en las personas mayores es, precisamente, a través del ejercicio de sus derechos.

Para generar el tránsito desde un enfoque asistencialista hacia uno de derechos, las sociedades han ido forjando ciertos consensos producto de la generación de pactos y normativas relativas a los derechos civiles, políticos, económicos y sociales de las personas mayores, todos los cuales han traspasado al Estado la responsabilidad de brindar a las personas la protección necesaria para mantener su integridad física, psíquica y social. En este sentido, son las instituciones de derechos humanos quienes han hecho un aporte fundamental. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) son algunas de las instituciones que han contribuido a promover los derechos de las personas mayores a través de diversas acciones, tales como: la eliminación de imágenes discriminatorias de las personas mayores y la vejez; el establecimiento de leyes y normas que penalizan el maltrato y la violencia; facilidades para acceder a asistencia jurídica y psicosocial; aplicación de programas y políticas para prevenir, sancionar, erradicar y dar a conocer las situaciones de abuso; el establecimiento de garantías de protección especiales para este grupo etario; mecanismos judiciales de protección a la explotación patrimonial y campañas informativas de prevención, entre otras.

La sociedad chilena actual ha mostrado cambios importantes en su configuración, no obstante no se ha producido un cambio en las normas sociales imperantes. En Chile la familia sigue estando entre las estructuras más importantes de contención y apoyo. De acuerdo a Carmen Barros (Barros, 2011), hoy se pueden observar distintos patrones de conyugalidad, existe un número menor de matrimonios y una mayor cantidad de personas solteras, separadas y divorciadas. La autora también plantea sobre los cambios en los patrones de fecundidad, ya que actualmente este índice se encuentra por debajo del nivel de reemplazo y, finalmente, presta atención a la extensión de valores relacionados con el deseo de mayor libertad y desarrollo, tanto en lo personal como en lo laboral, sobre todo en las mujeres, lo que va acompañado de un aumento en el nivel educacional y social.

De acuerdo al Servicio Nacional de la Mujer (Sernam), la familia se define como una experiencia intergeneracional en que cada ser humano nace en presencia de al menos otra persona, que requerirá de otros para su sobrevivencia, estableciéndose una relación que durará largos años. En Chile históricamente quien ha ejercido los cuidados es la familia. El Estudio Nacional de la Dependencia mostró que los cuidadores familiares estaban sobrepasados en su situación, sintiéndose solos, sin apoyo, sin vacaciones y demandados todos los días y a toda hora. Además, muchas veces no sólo tienen la obligación de cuidar a la persona mayor, sino que también a otros miembros del núcleo familiar, especialmente niños.

Esta nueva realidad ha generado una creciente complejidad: por una parte, hay un aumento en el número de personas mayores que ha visto incrementada su esperanza de vida, por lo que podría requerir de apoyo y cuidados especiales por motivos de dependencia funcional y deterioro tanto físico como mental y, por otra parte, los núcleos familiares son más pequeños, con hijas o hijos con menor disponibilidad de tiempo para atenderlos. Los estudios realizados por el Instituto de Sociología y Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, sostienen que no hay claridad de que este fenómeno haya impactado en la calidad de las relaciones intergeneracionales. La familia es capaz de mantener su coherencia y seguir cumpliendo con su labor de protección y ayuda. Sin embargo, enfrenta ciertos costos como los conflictos, las ambivalencias y las tensiones, por lo que han debido generar procesos de reacomodo para seguir protegiendo y ayudando a sus miembros.

Existe otro fenómeno que es importante destacar: y es que si bien las personas mayores demandan apoyo, también lo proveen inculcando valores y hábitos, brindado cuidados, contribuyendo a la educación de las generaciones más jóvenes y permitiendo que éstas puedan ejercer roles laborales, educativos y de recreación. Carmen Barros, Soledad Herrera y Beatriz Fernández (Fernández, 2011) han estudiado y llamado a este hecho “proceso de verticalización”, es decir, la producción de transferencias de responsabilidad desde abajo hacia arriba o viceversa en la escala familiar.

Para que el proceso de verticalización se produzca, debe existir solidaridad intergeneracional, la que se genera a partir de un vínculo positivo que es resultado de la cohesión social. Existen ciertos factores que inciden en esta producción asociativa: tales como el género, la estructura y configuración familiar, las circunstancias y condiciones personales, la historia familiar, la jerarquía de las formas de amor y la reciprocidad de apoyo.

En contrapartida, en los contextos familiares donde surge el maltrato, que no sólo se manifiesta con síntomas físicos y/o síquicos, sino que muchas veces significa un peso o una carga imperceptible y silenciosa para la persona que lo sufre, se produce un quiebre en uno de los pilares fundamentales de la vida familiar y en comunidad: la confianza en el otro. La violencia y el maltrato implican una interacción abusiva y simbolizan un abuso de poder. En este sentido, la agresión, la negligencia o cualquier tipo de maltrato causan sufrimiento por sí mismas, pues suponen un derrumbe emocional que impacta en lo profundo del ser humano, comprometiendo su identidad y su condición de sujeto. Variables asociadas a estas realidades son las relaciones familiares pobres o conflictivas, la dependencia financiera, la falta de conocimientos y formación para el cuidado, el rebrote de antiguos conflictos familiares, los sentimientos de soledad e incomprensión y las características relacionadas con la persona mayor cuidada, como son el grado de deterioro funcional y las alteraciones conductuales.

A lo anterior, se agrega la imagen devaluada de la vejez, la que provoca un círculo vicioso en el que las generaciones más jóvenes reniegan de las personas mayores y les asocian características negativas tales como improductividad, dependencia, carga económica, aislamiento, soledad, desinterés social, problemas de carácter, aburrimiento, entre otros, lo que impacta en la mirada que las pro-

pias personas mayores tienen de sí mismas. De acuerdo al estudio Fuerza Mayor (2009), el 79% de las personas mayores considera que “hay que aprovechar de hacer cosas mientras uno es joven, porque después ya no se puede”; el 61% plantea que “la gente subestima mis capacidades debido a la edad que tengo”; el 47% señala que “para mí, envejecer es sobre todo volverse dependiente, incapaz de valerse por sí mismo”, un 27% se “siente inútil, como un estorbo para la familia” y el 67% tiene una sensación negativa frente a ser adulto mayor.

Se plantea entonces que en la actualidad ser adulto mayor en Chile es una experiencia ambivalente, marcada, por una parte, por significados positivos como la expectativa de permanecer activo dejando atrás las obligaciones y los deberes y, por otra, por significados negativos centrados en los problemas de salud, de seguridad social y el temor a depender de otros.

Estas imágenes sociales de la vejez tienden a determinar la preparación que tiene la población chilena frente al envejecimiento: 75% dice estar “poco” o “nada” preparado para enfrentar este proceso (Abusleme, Arnold, González, Guajardo, Lagos, Massad, Sir, Thumala, Urquiza, 2014). Aún más sintomático es que el 53% de los chilenos le entrega la responsabilidad del bienestar de las personas mayores al Estado, 45% a la familia y 2% a las propias personas mayores, cuestión que da cuenta, desde una mirada sistémica, que las personas mayores se están percibiendo de acuerdo a como la sociedad las está observando.

Las teorías sobre el envejecimiento también muestran esta dualidad. Las primeras miradas sobre la vejez provienen de la biología y la medicina, las cuales se centran en la enfermedad y la dependencia funcional, ergo, privilegian la pérdida de funciones corporales y mentales y miran a los individuos desde sus patologías, muchas de ellas irrevocables e irremediables. Esta concepción de las personas mayores como dependientes se ha traspasado cabalmente a nuestra sociedad: la Tercera Encuesta de Inclusión y Exclusión de las Personas Mayores en Chile, da cuenta de que el 74% de la población sostiene que las personas de 60 años y más no pueden valerse por sí mismas.

Otras teorías, provenientes de la psicología, están referidas a los aspectos psicosociales del envejecimiento, donde también se observa la dualidad de miradas: por una parte, el énfasis está en los aspectos negativos de la vejez, tales como el aislamiento social que produce la jubilación y el fallecimiento de las personas cercanas y, por otra parte, se concibe esta etapa de la vida como un periodo que conlleva desafíos y potencialidades y que está condicionada por aspectos económicos, sociales y políticos.

Finalmente, están las llamadas teorías macrosociales que retratan la relación entre la persona mayor y la sociedad, vale decir, la construcción social de la vejez. Entre ellas están las interpretaciones demográficas que miran a la vejez como un problema social, asociado a los aumentos del gasto en salud y pensiones, y la Teoría Crítica, que da cuenta de cómo las personas mayores no sólo pierden sus roles sociales, sino que también su estatus producto de la disminución de las capacidades funcionales y el retiro del mercado laboral. Se mira a este grupo etario desde una condición de dependencia económica que tanto el Estado como la

estructura social asume, relevando la dependencia, pobreza y aislamiento social. La teoría de las relaciones multigeneracionales, a su vez, señala que existen dos espacios de interacción: la familia a nivel micro y el Estado a nivel macro. El contrato informal entre generaciones está determinado por las normas de reciprocidad y afecto, la calidad de las relaciones intergeneracionales y los determinantes macroestructurales. La economía general del Estado y las políticas sociales fijan el marco de las condiciones materiales y sociales de las familias y el cuidado que éstas proveen.

Si bien las teorías antes descritas pueden ser encasilladas en positivas o negativas, cabe señalar que los enfoques predominantes sobre la vejez se sitúan a partir de las pérdidas: de la salud, del rol social, de bienestar, de afectos y de seres queridos. Esto plantea un reto y un desafío a las ciencias sociales, a las políticas públicas y, crecientemente, a los instrumentos internacionales de derechos humanos, los cuales deben enfatizar el enorme potencial de las personas de 60 años y más como protagonistas del desarrollo y como sujetos de derechos con pleno acceso a las libertades fundamentales.

Las políticas públicas en Chile han avanzado en materia de diseño e implementación de acciones que benefician a las personas mayores, entre ellas, el Programa contra el Maltrato y Abuso al Adulto Mayor, inserto en la Política Integral de Envejecimiento Positivo.

Desde 2009, Senama ha observado un aumento explosivo de consultas y casos de maltrato hacia las personas mayores. A su vez, la Ley N°20.066 de Violencia Intrafamiliar, modificada a través de la Ley N°20.427, establece que **“el Estado adoptará políticas orientadas a prevenir la violencia intrafamiliar, en especial contra la mujer, los adultos mayores y los niños, y a prestar asistencia a las víctimas”**. De este modo, se explicita la obligación del Estado de establecer políticas orientadas a prevenir la violencia intrafamiliar en contra de este grupo etario, así como a prestar asistencia a las víctimas. La Ley N°19.828, que crea el Senama establece, en su artículo primero, que su objetivo es velar por la plena integración del adulto mayor a la sociedad, su protección ante el abandono e indigencia y por el ejercicio de los derechos que la Constitución y las leyes le reconocen. En su artículo tercero, lo faculta para proponer políticas destinadas a la integración familiar y social efectiva de las personas mayores y la solución de los problemas que las afectan. Es a partir de estos antecedentes que se configura y crea el Programa contra el Maltrato y Abuso al Adulto Mayor, el que inició su implementación el 1 de abril de 2012, con presencia a nivel nacional, contando con profesionales especializados en las quince regiones del país.

Desde los inicios del programa, éste ha buscado contribuir a la promoción y ejercicio de los derechos de las personas mayores a través de la prevención, asesoría y coordinación con las redes locales para abordar el maltrato que afecta a este grupo etario. Desde el Enfoque de Derechos y con una visión integral e interdisciplinaria respecto al fenómeno del abuso, violencia y maltrato hacia las personas mayores, se ha buscado visibilizar esta temática, avanzar en la prevención y coordinar acciones al respecto.

El programa se ha ejecutado en dos componentes. Por un lado la prevención y visibilización y, por otro, la asesoría y coordinación de casos de maltrato, siendo sus objetivos específicos:

- a. Promover la generación de conocimientos en torno al abuso, la violencia y el maltrato hacia el adulto mayor.
- b. Ejecutar acciones de prevención y difusión en relación al abuso, violencia y el maltrato al adulto mayor.
- c. Brindar asesoría y coordinación ante casos de maltrato hacia el adulto mayor.
- d. Otorgar orientación legal y facilitar el acceso a la justicia en casos de maltrato hacia el adulto mayor.

Las acciones resultantes de estos objetivos han sido variadas y diversas, se destaca la aplicación del programa con enfoque territorial, existiendo en cada una de las regiones una Mesa de Prevención y Atención al Maltrato, todas las cuales han permitido articular una red específica y acciones pertinentes en áreas comunicacionales, generación de conocimiento, coordinación, actos masivos, entre otros. A su vez, estas mesas han generado planes regionales de prevención desarrollados conjuntamente con las instituciones que son parte de la red de protección y prevención, con logísticas regionales y descentralizadas.

La generación de conocimiento y la producción académica también ha sido un área de vital importancia para el programa. En este sentido, se realizaron dos estudios sobre este fenómeno en las regiones de Valparaíso y Metropolitana. Al mismo tiempo, en conjunto con la Pontificia Universidad Católica de Chile, se dictó el primer Diplomado en Prevención y Abordaje del Maltrato hacia este grupo etario.

Finalmente, cabe destacar las alianzas estratégicas que se han generado durante la implementación del programa, las cuales han permitido entregar orientación y articulación para la atención a las víctimas de maltrato y difundir la temática desde soluciones concretas e integrales. Así, se ha establecido un trabajo conjunto con la Corporación de Asistencia Judicial a nivel nacional, con el Programa Apoyo a Víctimas de la Subsecretaría de Prevención del Delito del Ministerio del Interior y Seguridad Pública, con Carabineros, Policía de Investigaciones, Servicio Nacional de la Mujer, Juzgados de Familia, Ministerio de Relaciones Exteriores, Ministerio Público, Ministerio de Justicia y distintas Universidades a nivel nacional.

No obstante estos avances, el Programa contra el Maltrato y el Abuso al Adulto Mayor enfrenta una serie de desafíos que deben ser profundizados en el corto y largo plazo, tales como:

- a. Promover y difundir los derechos de las personas mayores en el espacio comunal;
- b. Desarrollar estrategias de prevención del maltrato al adulto mayor con criterios comunitarios, territoriales y locales;
- c. Promover una imagen positiva de la vejez, sin discriminación, exclusión, estereotipos, prejuicios y marginación social;
- d. Atender las vulneraciones de derechos de personas mayores a través de la atención directa y la articulación de la respuesta del gobierno local y los actores del territorio;

- e. Avanzar en el acceso a la justicia y defensa de los derechos vulnerados de las personas mayores;
- f. Promover el buen trato hacia las personas mayores desde la solidaridad intergeneracional, con acciones en las 15 regiones del país;
- g. Potenciar las redes regionales y locales, especialmente los organismos auxiliares de justicia, salud y municipalidades;
- h. Realizar estudios de prevalencia del maltrato y el abuso a nivel nacional;
- i. Sensibilizar a la red de profesionales;
- j. Aumentar el recurso humano con que cuenta el programa a nivel nacional;
- k. Generar estrategias y actividades reparatorias y de mediación psicosocial con actores relevantes, insertos en los espacios regionales, provinciales y comunales.

Finalmente, lo que busca el Programa contra el Maltrato y Abuso al Adulto Mayor es lograr mirar, analizar y enfrentar el fenómeno de la violencia y el maltrato desde una mirada integral, que supere la judicialización, alcanzando etapas intermedias como la mediación y etapas de prevención a lo largo de todo el ciclo vital, en que como sociedad busquemos tener una convivencia adecuada, respetuosa y tolerante, donde todos los seres humanos tienen valores, derechos y deberes para consigo mismo y los demás.

Si bien Senama ha realizado esfuerzos importantes, aún existen múltiples tareas y acciones por concretar y fortalecer en beneficio de las personas mayores, especialmente para aquellas que han sido vulneradas en sus derechos y que están expuestas a alguna situación de maltrato, abuso o violencia.

En esta línea de mejoramiento continuo y diseño de nuevas acciones, se implementarán, como experiencia precursora durante 2014, dos proyectos piloto que crearán oficinas de protección de derechos para las personas mayores, tendientes al desarrollo de estrategias de prevención y abordaje, con una mirada territorial e integral de los procesos de envejecimiento y vejez ante situaciones de maltrato y abuso, convirtiéndose esta instancia en un sistema de respuesta a las demandas y necesidades de la población mayor, inserto en el espacio local y comunitario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- » Abusleme, M.T., Arnold, M., González, F., Guajardo, G., Lagos, R., Massad, C., Sir, H., Thumala, D. & Urquiza, A. (2014). Inclusión y Exclusión Social de las personas mayores en Chile. Santiago: Senama-Facso U Chile-Flacso Chile, 2013. Ediciones Servicio Nacional del Adulto Mayor.
- » Barros, C. (2011). Aspectos demográficos del envejecimiento. Calidad de vida en el adulto mayor. Ponencias presentadas en el Diplomado en Psicogerontología Educativa y Social, Santiago, Pontificia Universidad Católica de Chile, Programa para el Adulto Mayor.

- » Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, Celade (2012). Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo 1950 - 2100. Revisión 2012, recuperado de: http://www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm
- » Fernández, M. B. (2011). Relaciones familiares y sociales relacionadas con el buen envejecer. Ponencia presentada en el Diplomado en Psicogerontología Educativa y Social, Santiago, Pontificia Universidad Católica de Chile, Programa para el Adulto Mayor.
- » Huenchuán, S., González, D., Paredes, M. & Guzmán, J. M. (2007). Protección y participación en la vejez: escenarios futuros y políticas públicas para enfrentar el envejecimiento en Chile. Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile. Recuperado de: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/30220/lcw139.pdf>
- » Moragas, R. (1991). Gerontología Social. Editorial Herder, España.
- » Superintendencia de Salud, Servicio Nacional del Adulto Mayor, Consejo Nacional de Televisión, McCann Erickson. (2009). Fuerza Mayor. Una Radiografía del Adulto Mayor Chileno. Recuperado de: http://www.Senama.cl/filesapp/Estudio_Fuerza_Mayor_una_radiografia_del_AM_chileno.pdf

EL MALTRATO DE LAS PERSONAS MAYORES: CONCEPTOS, NORMAS Y EXPERIENCIAS DE POLÍTICAS EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL

Sandra Huenchuán

RESUMEN

En este capítulo se aborda el tema del maltrato de las personas mayores desde tres perspectivas. La primera se refiere a la emergencia de la “cuestión” del maltrato como un problema social y sus características de acuerdo a las evidencias que surgen de los estudios realizados en distintos puntos de la región — Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, México, Panamá, entre otros— y del mundo. La segunda aproximación alude al abordaje del maltrato como un asunto de derechos humanos, y la tercera es la trayectoria que ha seguido este asunto en las acciones dirigidas a las personas de edad, específicamente el desarrollo de algunos de los programas que se han implementado para disminuir este flagelo. Se finaliza con las conclusiones a las que se arriba tras el análisis.

CONCEPTO, CAUSAS Y CONSECUENCIAS DEL MALTRATO

El maltrato de las personas mayores es una violación de los derechos humanos y una causa importante de lesiones, enfermedades, pérdida de productividad, aislamiento y desesperación (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2002) que —sobre todo a instancias del impulso de los organismos internacionales— se ha constituido como un área de trabajo significativa.

Su reconocimiento como un problema social data de la década de 1980. A partir de entonces se ha producido un largo debate sobre su definición, tipología y formas de evitarlo (Naciones Unidas, 2002). En la actualidad se lo reconoce como un asunto de salud pública y de derechos humanos, lo que implica que la visión que se tiene de él, la forma en que se analiza y la manera en que se aborda deben estar relacionadas con estas dos perspectivas.

La definición más usada —aunque, por cierto, no plenamente aceptada— se refiere al maltrato de las personas mayores como “un acto único y reiterado, u omisión, que causa daño o aflicción y que se produce en cualquier relación donde

exista una expectativa de confianza” (Action on Elder Abuse, AEA, 1995). Los tipos de maltrato reconocidos, en tanto, incluyen desde el físico y psicológico hasta el patrimonial y el abandono.

Tal como lo han establecido distintos organismos internacionales y regionales de derechos humanos y agencias especializadas de Naciones Unidas. Generalmente, las personas mayores se encuentran en una particular condición de riesgo, impotencia, abandono, discriminación, maltrato y/o explotación (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Cepal, 2004), ya sea en instituciones que brindan servicios de cuidado de largo plazo, psiquiátricas, centros de salud o penitenciarios, puestos de trabajo, en el seno familiar, entre otros espacios. En todo caso, hay que dejar muy en claro que el riesgo de maltrato no radica en la edad de la vejez, sino en otros factores de distinto orden que suelen ser interdependientes.

La detección del maltrato de las personas mayores depende de la toma de conciencia, el conocimiento y la comprensión de este problema, así como del reconocimiento de los indicadores y de sus efectos manifiestos. Sin embargo, los vacíos de información y la falta de conceptos compartidos y normas uniformes dificultan en gran medida la comparabilidad de la actuación frente a las situaciones de maltrato o la identificación de sus causas. Esto deriva comúnmente en la realización de generalizaciones relativas a este asunto basadas únicamente en los casos que son denunciados.

Cabe destacar que la necesidad de una definición compartida de maltrato es un requisito jurídico, no una exigencia académica. Se trata de precisar qué es lo que se quiere proteger y hacerlo de una manera jurídicamente funcional, que dé respuestas a las nociones morales, sociales y académicas del maltrato (Currea-Lugo, 2005). De hecho, existen muchas críticas al concepto tradicionalmente usado —que ya se mencionó en párrafos anteriores—, debido a que excluye una amplia gama de situaciones que limitan el espectro de alternativas de prevención, reparación o mitigación, dejando a vastos sectores de la población en completa desprotección.

En el ámbito familiar, las causas que conducen al maltrato son múltiples y complejas. Por lo general, se creía que el género, la edad avanzada o los problemas físicos eran un factor común a las situaciones de maltrato; sin embargo, investigaciones recientes han demostrado que estos factores por sí mismos no explican la violencia, aunque sí pueden ser coadyudantes. Lo mismo ocurrió con la dependencia económica de la víctima respecto de la persona que la cuidaba o del agresor/a, aunque estudios posteriores permitieron detectar situaciones en que, contrariamente a la creencia generalizada, era este último quien dependía de la persona mayor. El estrés del cuidador/a también se identificaba como una causa común de maltrato, pero hay cada vez más datos probatorios de que en realidad, más que el tipo de relación, lo que importa es su calidad (Organización Panamericana de Salud, OPS, 2003).

A nivel comunitario, algunas variables que pueden asociarse al maltrato son aquellas que surgen como consecuencia del proceso de modernización: la pérdida progresiva de funciones en el seno de una sociedad cambiante, la erosión de las

estructuras familiares tradicionales y sus dificultades para cumplir con las tareas de seguridad y protección. En la sociedad china, por ejemplo, se han detectado motivos relacionados con la falta de respeto de las generaciones más jóvenes, las tensiones entre las estructuras familiares tradicionales y las emergentes, la reestructuración de las redes básicas de apoyo, la emigración de las parejas jóvenes a nuevas ciudades, dejando a sus padres ancianos en zonas de viviendas cada vez más deterioradas, ubicadas en el centro de las urbes, entre otras (Kwan, 1995).

En el campo institucional, una de las formas más visibles de maltrato ocurre en las residencias de cuidado de largo plazo que no cumplen con estándares básicos de calidad. Las deficiencias del sistema de atención, incluidas la capacitación insuficiente o inapropiada del personal, la sobrecarga de trabajo, la mala atención a los residentes –que puede manifestarse en una disciplina demasiado estricta o en una sobreprotección– y el deterioro de las instalaciones, pueden hacer más difícil la interacción entre el personal de estos centros y los residentes, dando lugar a malos tratos, abandono y explotación. En los centros de atención psicológica y geriátrica se han registrado casos de violencia tanto contra los residentes como de estos hacia los miembros del personal (Vásquez, 2004).

En este ámbito es preciso distinguir entre los actos individuales de maltrato o descuido y el maltrato institucional. El primero es consecuencia de actos individuales y se origina en fallas institucionales como algunas de las recién mencionadas. El segundo, en cambio, es producto del régimen predominante en la propia institución, en el que la negligencia o el descuido constituyen prácticas ya instauradas y el personal perpetúa el maltrato institucional mediante la aplicación de un sistema reglamentado que no admite cuestionamientos, establecido en nombre de la disciplina o la protección impuesta (OPS, 2003).

El incipiente desarrollo de estudios sobre el tema también ha permitido objetar algunas ideas instituidas acerca de la prevalencia de ciertos tipos de maltrato que afectarían a las personas mayores. Con frecuencia se piensa que el más común es el psicológico, expresado en insultos, intimidación, humillación o indiferencia. Sin embargo, cada vez hay más evidencia de situaciones tan o más complejas que esa y que afectan a las personas mayores. Por ejemplo, según la OMS, en Europa, las encuestas sobre personas mayores que viven en la comunidad revelaron que en 2010 un 2,7% de ellas –equivalente a 4 millones de personas de 60 años o más– experimentó maltrato en la forma de abuso físico. La proporción afectada por abuso sexual fue 0,7%, lo que representaba un millón de personas de edad avanzada. El abuso mental fue muy superior, llegando a 19,4%, lo que correspondía a 29 millones de personas mayores, y 3,8% fue víctima de abuso financiero, es decir, 6 millones de personas de este grupo etario (OMS, 2011). Estas cifras posibilitan un acercamiento a la multiplicidad de formas que puede adquirir el maltrato en la vejez, todas las cuales tienen en común los sentimientos de inseguridad y evasión que experimentan las personas mayores, con el consecuente refuerzo de la construcción de los sujetos de edad avanzada como personas sin vinculaciones con su entorno.

Las repercusiones del maltrato son también de diversa índole: personales, sociales y económicas. El maltrato físico de personas mayores puede tener con-

secuencias graves, principalmente debido a su fragilidad ósea, con períodos de convalecencia más prolongados que pueden derivar en la muerte.

Desde una perspectiva social, la consecuencia más grave del maltrato es el aislamiento de la persona mayor, la disminución de su autoestima y los sentimientos de inseguridad, que a la larga favorecen la creación de estereotipos negativos de la vejez asociados a la desvinculación y a la falta de proyectos individuales.

A partir de un enfoque económico, se pueden mencionar los gastos necesarios para dar respuesta a una demanda de servicios especializados y de entrenamiento del personal para prevenir y atender las situaciones de maltrato. Si se incluyen las pérdidas patrimoniales de las personas mayores a causa del aprovechamiento y despojo de fondos y/o haberes, los costos económicos son aún más altos.

Sin embargo, la arista más dramática de este escenario, tiene directa relación con el derecho a la vida. Una investigación realizada en New Haven (Estados Unidos) demostró que, después de 13 años de iniciado el estudio, las tasas de mortalidad del grupo de personas mayores que habían sido víctimas de maltrato —con independencia de su tipo— eran ostensiblemente mayores que las de aquellas que habían estado libres de este flagelo (Lachs, 1998).

EL MALTRATO COMO UN ASUNTO DE DERECHOS HUMANOS

La última década ha sido testigo de un extraordinario impulso para cambiar la forma de abordar el maltrato en la vejez, puesto que, como ocurrió con otros grupos sociales, la violencia contra las personas de edad ha traspasado el mundo privado para someterse al escrutinio público. Y si bien en principio el maltrato de las personas de edad fue construido en el marco del discurso sobre la vulnerabilidad —y su rechazo es plenamente coherente con las aprensiones respecto de los esquemas interpretativos que consideran a las personas mayores como objeto de protección—, hoy en día se empieza a abonar el camino para abordar los problemas de violencia en la vejez en el marco de los derechos humanos.

De este modo, se ha ido generando cierto consenso en torno a que una vida libre de violencia conlleva el ejercicio de todos los derechos establecidos en los pactos internacionales de derechos humanos. La Observación General N°20 del Comité de Derechos Humanos sobre la prohibición de la tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, de 1992, hizo un notable aporte en este sentido (Naciones Unidas, 1992).

La finalidad del artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, que es al que se refiere esta Observación, es proteger la dignidad y la integridad física y mental de la persona. El fondo del derecho es la prohibición de los actos que causan dolor físico y sufrimiento moral a la persona, incluyendo aquellos castigos corporales por la comisión de un delito o como medida disciplinaria. El Estado tiene el deber de brindar a toda persona la protección necesaria frente a estos actos, sin admitir ningún tipo de limitación. En relación a la aplicación

de este artículo, el Comité de Derechos Humanos observó que, si bien hay que prohibir esa forma de trato o castigo, o declararla un delito, ello no basta si no se adoptan medidas de otra índole para prevenirlos y castigarlos, agregando las salvaguardias para la protección especial de las personas que se encuentran en una condición de riesgo.

Como se desprende de esto, el maltrato de las personas mayores es una violación de su derecho a la integridad personal, incluyendo las de tipo físico, psíquico y moral. Este derecho alude también a la protección contra la explotación económica y a la negación de su consentimiento libre e informado con respecto a cualquier asunto que afecte su autonomía, integridad o bienestar.

En la práctica, la violación del derecho a la integridad personal se produce cuando el Estado —mediante sus agentes— o bien cualquier otra persona, aplican tratos crueles, inhumanos o degradantes que causan sufrimiento físico, psicológico o moral. La tortura es una forma agravada de trato cruel, inhumano o degradante. Aunque no siempre es fácil establecer la diferencia entre ambos, de conformidad con el artículo 16 de la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruels, Inhumanos o Degradantes, las obligaciones de los Estados se aplican en los dos casos. Vale decir que, frente a una situación de maltrato, las personas mayores deberían estar protegidas con la misma fuerza que si se tratara de un caso de tortura. Por lo tanto, la integridad personal del adulto mayor, es un bien jurídico que hay que proteger al máximo nivel.

En su Observación General N°2, el Comité contra la Tortura consideró que la prohibición de los malos tratos tiene carácter absoluto y que su prevención debe ser efectiva e imperativa. Por lo tanto, los Estados deben garantizar la protección, enjuiciamiento y castigo cabal de los actos de violencia y maltrato, y velar por la aplicación de otras medidas positivas de prevención y protección, entre las que menciona la eliminación de todos los obstáculos legales y de otra índole que impidan la erradicación de los malos tratos y la adopción de las medidas eficaces para impedir esas conductas y su reiteración. También alude a la obligación de examinar y mejorar constantemente la legislación nacional y la generación de datos desglosados por edad, género y otros factores importantes que permitan a los Estados determinar y comparar tratos discriminatorios que de lo contrario pasarían desapercibidos y no se abordarían, y adoptar medidas correctoras (Naciones Unidas, 2008).

Con el mismo vigor, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, por medio de su Recomendación General N°27 (Naciones Unidas, 2010), hace un llamado de atención para abordar de manera seria y decidida los malos tratos contra las mujeres mayores, estableciendo lo siguiente:

- » Los Estados partes tienen la obligación de redactar leyes que reconozcan y prohíban la violencia contra las mujeres de edad —incluidas la doméstica, sexual e institucional—, particularmente las afectadas por discapacidad. También tienen la obligación de investigar, enjuiciar y castigar todos los actos de violencia contra las mujeres mayores, incluso los que resulten de prácticas y creencias tradicionales.

- » Los Estados partes deben prestar especial atención a la violencia que padecen las mujeres de edad durante los conflictos armados, las repercusiones que estos tienen en sus vidas, y la contribución que ellas pueden hacer a la solución pacífica de los conflictos y a los procesos de reconstrucción. También, deben prestar la debida consideración a la situación de las mujeres de edad al abordar la violencia sexual, los desplazamientos forzosos y las condiciones de los refugiados durante los conflictos armados. Al abordar estas cuestiones, deben tomar en consideración las resoluciones pertinentes de las Naciones Unidas relativas a las mujeres, la paz y la seguridad, en particular las resoluciones 1325 (2000), 1820 (2008) y 1889 (2009) del Consejo de Seguridad.

Todas estas instituciones de derechos humanos han hecho un aporte fundamental para superar la clásica visión que existía sobre el maltrato. El ámbito regional de Cepal no ha estado ajeno a estos avances (véase el recuadro 1).

En el caso del maltrato, como en cualquier asunto relacionado con los derechos humanos de las personas mayores, es más apropiado emplear un modelo integrador, que abarque las perspectivas individuales, interpersonales, comunitarias y sociales (OPS, 2003). Por otra parte, hay que poner atención al contexto en el que se produce el maltrato y buscar las maneras de subsanar y mejorar todas aquellas condiciones que derivan de actos humanos que, justamente por ese carácter, son modificables —como las normas culturales, las tradiciones, los prejuicios y estereotipos que afectan a las personas mayores, así como la cultura de violencia que subyace al contexto de maltrato.

Desde la perspectiva de los derechos humanos, la responsabilidad jurídica de los Estados traspasa el ámbito individual y alcanza la preservación, garantía y recuperación de las condiciones que favorecen el respeto a la integridad de las personas mayores. La contribución del conocimiento científico es fundamental bajo esta óptica, ya que constituye un núcleo central de la exigibilidad jurídica hacia el Estado para crear o mantener ciertas condiciones favorables que garanticen la integridad de las personas mayores (Currea-Lugo). No obstante, si los especialistas se siguen concentrando en una arista del problema, como lo han hecho hasta ahora, difícilmente se plantearán soluciones más integrales, que se enmarquen en un enfoque de derechos humanos.

Recuadro 1

Las Naciones Unidas y el maltrato de las personas mayores en clave de derechos

El cambio hacia una perspectiva sobre el maltrato de las personas mayores basada en derechos ha contado con el respaldo de Naciones Unidas. Uno de los ejemplos más claros de ello lo han constituido los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad, adoptados mediante la resolución 46/91 de la Asamblea General, en los cuales se alienta a los gobiernos a lograr que las personas mayores puedan vivir con dignidad y seguridad y se vean libres de explotaciones y de malos tratos físicos o mentales. Otro hito importante ha sido las

recomendaciones del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, que incluyeron como tema central la eliminación de todas las formas de violencia y discriminación basadas en la edad.

En el plano de acción regional de las Naciones Unidas, Cepal también ha incorporado el enfoque de derechos en el abordaje del maltrato, y la Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, de 2003, recomienda avanzar hacia la eliminación de todas las formas de discriminación y maltrato en contra de las personas mayores, proponiendo las siguientes acciones al respecto:

- » Eliminar las imágenes discriminatorias de las personas mayores y el envejecimiento en los medios de comunicación.
- » Establecer leyes y normas que penalicen toda forma de maltrato.
- » Facilitar el acceso a la asistencia jurídica y psicosocial en casos de violencia.

Del mismo modo, el impulso al tratamiento del tema como un asunto de derechos humanos fue abordado en los debates de la segunda Conferencia Regional sobre el Envejecimiento en América Latina y el Caribe, realizada en Brasilia del 4 al 6 de diciembre de 2007, en la cual los países participantes adoptaron la Declaración de Brasilia, donde reafirmaron “su compromiso de no escatimar esfuerzos para promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de todas las personas de edad y trabajar en la erradicación de todas las formas de discriminación y violencia”.

Por último, en la Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe (2012), los Estados miembros de la Cepal manifestaron su rechazo a todo tipo de malos tratos hacia las personas mayores y se comprometieron a trabajar por su erradicación, con especial énfasis en:

- » La aplicación de políticas y procedimientos para prevenir, sancionar y erradicar el maltrato de las personas mayores en todos los ámbitos, incluyendo la negligencia y el abandono, y considerando la penalización de los responsables.
- » El establecimiento de mecanismos de prevención y supervisión, así como el fortalecimiento de los mecanismos judiciales, a fin de prevenir todo tipo de violencia en contra las personas mayores.
- » La garantía de protección especial para las personas mayores que, por su condición de género, salud, origen étnico u otra, corren mayor peligro de ser maltratadas.
- » La puesta a disposición de las personas mayores de los recursos judiciales para protegerlas frente a la explotación patrimonial.

Fuente: Naciones Unidas (1991), “Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad” (Resolución 46/91 de la Asamblea General), Nueva York. Naciones Unidas (2003), “Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento”, Nueva York. Cepal (2004), “Estrategia regional de implementación

para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento" (LC/G.2228), Santiago. Cepal (2011), "Declaración de Brasilia" (LC/G.2359), Santiago. Cepal (2012), "Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe" (LC/G.2537), Santiago.

ESTRATEGIAS DE TRABAJO PARA ERRADICAR EL MALTRATO DE LAS PERSONAS MAYORES

En todos los países de América Latina y el Caribe se ha expresado una preocupación por el maltrato de las personas mayores, aunque las modalidades de intervención difieren bastante en sus alcances y recursos. Antes de 2007, el tema de la violencia contra las personas de edad se trataba principalmente mediante campañas dirigidas a su prevención. En la actualidad, las tareas se han ampliado sustancialmente, ya sea por medio del desarrollo de protocolos específicos —los lineamientos de política para la prevención del maltrato y la defensa de los derechos de las personas mayores en el Perú—, la creación de instituciones —la designación de un fiscal para personas mayores en la República Dominicana— y la ejecución de programas especiales como el de prevención de la discriminación, el abuso y el maltrato hacia las personas mayores en Argentina. También son cada vez más frecuentes los servicios de orientación sociollegal en Bolivia, Brasil y Perú. En Chile, desde 2007, se han producido en la legislación nacional avances relacionados sobre todo con la protección de los derechos de las personas mayores en el ámbito del maltrato, especificando en la normativa pertinente a la persona mayor como sujeto de maltrato, penalizando el abuso patrimonial entre parientes, cuestión que antes de esta modificación gozaban de una excusa legal. En los países del Caribe de habla inglesa no se aprecia un desarrollo tan extendido de este tema, con la excepción de Trinidad y Tobago, donde se creó un servicio de ayuda (help desk) para denunciar los casos de abuso y se redactaron normas para prevenir el maltrato en las instituciones de cuidados de largo plazo (Huenchuán, 2013).

Con independencia de estos avances, se trata de un área que requiere un mayor reforzamiento. La desprotección legal existente se expresa, por ejemplo, en la forma en que se aborda la prevención de la violencia contra las personas de edad en las legislaciones nacionales sobre los derechos de este grupo social en los países de la región: con la excepción de Bolivia, México y Colombia, este tratamiento se circunscribe a medidas blandas y de muy reducida cobertura. En este sentido, las mujeres mayores suelen ser ampliamente perjudicadas. En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares de 2006, 27% de las mujeres de 60 años o más, casadas o unidas, sufrieron un incidente de violencia durante el año previo a la aplicación de la encuesta. Sin embargo, en 6 de los 17 países de la región que cuentan con legislación sobre violencia intrafamiliar se protege a las personas de edad y en muchos casos, cuando se ha legislado sobre el maltrato en la vejez, las garantías son insuficientes (Jaspers, 2011).

Una experiencia destacada en este ámbito es la que lleva adelante el Gobierno de la Ciudad de México, que cuenta con una red de prevención, detección y

atención de la violencia contra las personas mayores que trabaja en estrecha colaboración con las organizaciones sociales, además de un grupo interinstitucional de prevención, detección y atención de la violencia contra las personas de edad compuesto por diez instituciones, que fue inaugurado en 2005, y que en la actualidad está elaborando un protocolo de atención. Junto con ello, en abril de 2010 se creó la Agencia Especializada para la Atención de Personas Adultas Mayores Víctimas de Violencia Familiar.

Entre los países desarrollados, Estados Unidos es uno de los más avanzados en esta materia a escala nacional y cuenta con un completo sistema de notificación y tratamiento. En la comunidad Europea las iniciativas son bastante disímiles entre los países. Si bien se dispone de una amplia variedad de acciones, están concentradas principalmente en la prevención y el fomento de la denuncia (véase el recuadro 2).

Recuadro 2

Buenas prácticas sobre maltrato en la vejez en Europa

Más allá de la insuficiente institucionalización jurídica de este tema o de su constitución como una línea estable y significativa de política pública, pueden mencionarse ejemplos de buenas prácticas relacionadas con el maltrato a la vejez en numerosos países. Austria, por ejemplo, ha organizado talleres dirigidos a generar experiencias en el asesoramiento a las personas mayores en casos de violencia y en la misma línea ha creado puntos de contacto para prestar ayuda a las personas de edad que han sufrido malos tratos.

Otros países, como Bélgica y Francia, cuentan con una línea de atención para reportar los casos de abuso. Los puntos de apoyo local hacen visitas a domicilio y proponen soluciones para mejorar la situación de la persona mayor, además de ofrecer asesoramiento y capacitación gratuita.

En Finlandia, en tanto, se adoptó un plan de acción para reducir la violencia contra la mujer para el período 2010-2015 que también prevé medidas relativas a las personas mayores. Por otra parte, el programa "Safeguarding the elderly" (o el salvaguardar a las personas mayores) busca prevenir la violencia contra las personas de edad, mantiene líneas telefónicas de ayuda y proporciona otras formas de apoyo.

En Alemania se estableció el programa "Protección de las personas mayores", que ayuda a poner en práctica métodos de prevención como viviendas para las mujeres de edad que requieren protección frente a la violencia en el hogar, centros de asesoramiento para las víctimas de abusos, además de sensibilización y formación del personal que brinda cuidado domiciliario para actuar como instancia de prevención. Dado que el riesgo de morir por una causa no natural es mayor si la víctima es una persona de edad, un grupo interdisciplinario de expertos ha elaborado una guía para los profesionales médicos destinada a una mejor detección del homicidio de personas mayores.

En los Países Bajos se desarrolla un protocolo para combatir el abuso de las personas mayores en la provincia holandesa de Noord-Holland. Este protocolo es utilizado por quienes tienen contacto ocasional con las personas mayores (por ejemplo, en peluquerías) y persigue el propósito de prepararlos para ser capaces de reconocer los signos de abuso dentro de los límites de sus responsabilidades. El protocolo también brinda consejos sobre qué hacer cuando se sospecha de la existencia de abuso y las formas de contactarse con puntos de apoyo específicos en tales casos.

El plan nacional de acción sobre el envejecimiento de Turquía proporciona formación profesional a quienes trabajan con las personas mayores, con el fin de facilitar la detección de abuso y negligencia, y de establecer un mecanismo de presentación de informes.

Portugal ha desarrollado un programa para la seguridad de las personas mayores que es implementado por la policía para garantizarles mayor seguridad, por ejemplo, por medio de la instalación de líneas telefónicas en los hogares de las personas de edad conectadas directamente a las estaciones de policía.

El Reino Unido estipuló en su legislación que los empleadores y las organizaciones de voluntarios tengan acceso a la información sobre los antecedentes penales de quien proporciona atención a las personas mayores, para prevenir posibles riesgos. El país también tiene una política de persecución de delitos contra las personas de edad que permite un mejor seguimiento de esos crímenes. Se brindan servicios especiales de promoción para los miembros de este grupo social —por ejemplo, “Victim Support”—, prestando un apoyo a las víctimas de más edad que excede el sistema de justicia criminal.

Fuente: CDDH-AGE (Steering Committee for Human Rights, Drafting Group on the Human Rights of Older Persons) (2013) 04, Compendium of good practices, Strasbourg, 23 May.

En Canadá, el Gobierno de Quebec ha implementado una iniciativa muy novedosa incorporando la perspectiva de derechos humanos recién revisada. El Programa de acción contra el maltrato de las personas mayores (Governmental Action Plan to Counter Elder Abuse), establece que:

- a. todas las personas mayores tienen el derecho a que su integridad física y psicológica sea respetada;
- b. el abuso de personas de edad es un acto de poder y dominación inaceptable y debe ser censurado y denunciado por la sociedad;
- c. la eliminación del maltrato de las personas mayores debe ser resultado de un trato igualitario, equitativo y respetuoso hacia ellas, y
- d. todas y cada una de las personas de edad en situación de abuso deberán tener acceso rápido a los mecanismos que les permitan retomar el control de sus vidas con la mayor prontitud posible.

Otro programa interesante se ha puesto en marcha en Oceanía, específicamente en Nueva Zelanda. Se trata del Programa de prevención del abuso y la negligencia hacia las personas mayores (Elder Abuse and Neglect Prevention), del Ministerio de Desarrollo Social, que trabaja con base en cuatro áreas principales:

- a. el fortalecimiento de la colaboración de todas las partes interesadas para realizar la prestación de servicios de una manera efectiva y accesible;
- b. la sensibilización cultural con el fin de reconocer las necesidades de todas las personas, incluyendo los maoríes y comunidades étnicas del Pacífico;
- c. el enfoque de buenas prácticas, basando la provisión de los servicios en normas mínimas para su prestación, y tomando en cuenta el contexto local, la comunidad, el conocimiento y las habilidades relevantes para este propósito, y
- d. la responsabilidad basada en los resultados, por medio de la cual la prestación de servicios debe asegurar que se entreguen en tipo y volumen necesarios para alcanzar los resultados esperados (New Zealand, Ministry of Social Development, 2013).

Como se aprecia, no son muchos los países que han logrado la aprobación de una legislación amplia e integral sobre el maltrato de las personas mayores. Solo en algunas provincias atlánticas del Canadá, varios estados de Estados Unidos e Israel se cuenta con una norma que establece la obligación de denunciar el maltrato. En los Estados Unidos, por ejemplo, 43 estados requieren que tanto los profesionales como cualquiera que trabaje con personas mayores, cuando tengan motivos para creer que se ha producido maltrato, descuido o explotación, notifiquen los casos a un organismo designado por el Estado para tales efectos. (OPS, 2003).

A pesar de estas iniciativas, es muy poco frecuente que las personas mayores inicien un juicio en contra de alguien que le ha infringido malos tratos. Por otra parte, muchas de ellas no están en condiciones de hacerlo. En este sentido, mientras que el problema siga considerándose sólo como un asunto de asistencia y no de derechos humanos, es poco probable que haya cambios reales para condenar y erradicar los actos de violencia en la vejez.

Recuadro 3
**El maltrato es un problema relacionado
con los derechos humanos de las personas mayores
en todo el mundo**

En los últimos años, los informes del Secretario General de las Naciones Unidas y de la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos han realizado sendas contribuciones para visibilizar los problemas y limitaciones que tienen las personas mayores para llevar a la práctica sus derechos. Durante 2013, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos realizó una amplia consulta sobre la promoción y la protección de los derechos de las personas de edad. Se obtuvieron respuestas de Estados Miembros de todo el mundo, instituciones nacionales de derechos humanos, académicas y organizaciones de la sociedad civil.

El análisis de la información disponible sobre 34 países pone de manifiesto los asuntos principales que preocupan a los gobiernos y las oficinas nacionales de derechos humanos en relación a este tema. Del total de respuestas analizadas en ambos estamentos, 21% mencionó el maltrato.

La Oficina Nacional de Derechos Humanos del Reino Unido, por ejemplo, puso de manifiesto su inquietud por la incidencia del maltrato en los servicios de cuidado a largo plazo a partir de dos investigaciones independientes realizadas en febrero de 2010 y febrero de 2013. Indicó que el informe de la primera investigación dejó en evidencia la mala atención, la negación de la intimidad, de la dignidad y el respeto, así como el sufrimiento innecesario experimentado por los pacientes de edad avanzada hospitalizados. Dentro de estas instituciones también se encontraron serias dificultades para que las personas mayores se alimenten, o para que reciban los medicamentos que les han sido prescritos. En la segunda investigación se trató de identificar las razones por las que estos problemas no se habían denunciado con anterioridad. Al respecto, se hallaron deficiencias en el sistema de seguridad social, incluyendo la incapacidad para escuchar las quejas de los pacientes y tomar medidas para protegerlos. La investigación culpó de estas fallas a la cultura institucional, que antepuso imperativos de negocio a la protección de las personas mayores.

La Oficina Nacional de Derechos Humanos de Uganda hizo referencia a que ciertas expresiones de los sistemas culturales y tradicionales de las comunidades, tales como la falta de apoyo o la aprobación de los familiares de las mujeres mayores viudas para que vuelvan a casarse, viola sus derechos y puede dar lugar a compromisos sexuales secretos que las exponen a la transmisión del VIH. Debido a las dificultades económicas, los sistemas de apoyo tradicionales de la comunidad no funcionan, lo que ha llevado a las personas mayores al aislamiento, el abuso, el estrés, la pobreza crónica y al abandono. En el informe de Francia se indicó que, a pesar de las dificultades para medir la incidencia del maltrato, se trata de una realidad que afecta a un vasto sector de la población adulta mayor. Se estimó que alrededor de 600 mil personas de edad han sido víctimas de maltrato en el país.

En el informe de Haití se manifestó la preocupación por el abuso físico que los cuidadores infringen a las personas mayores. Además, se señaló que a menudo se las infantiliza y no se les permite tomar ninguna decisión sobre sus necesidades. Algunos estudios mencionan incluso que las personas mayores son sometidas a tratos degradantes, se las suele asociar con la locura, lo que en algunos casos puede derivar en su muerte.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Office of the High Commissioner for Human Rights (OACDH), "Public consultation on the right to health of older persons", 2013.

CONCLUSIONES

Es evidente que el maltrato de las personas de edad es un tema insoslayable en la agenda de los gobiernos. El progreso que los países de la región logren en este sentido dependerá del compromiso de los distintos actores que intervienen en este aspecto de la realidad de este grupo social, el desarrollo de una base sólida en materia de derechos humanos y un apoyo jurídico favorable a la eliminación del maltrato de las personas mayores.

Las recomendaciones contenidas en la Estrategia Regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, la Declaración de Brasilia y la Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe proporcionan una plataforma de acción y una base para iniciativas nacionales dirigidas a garantizar que se proteja a las personas de edad de la violencia y los malos tratos. Por su parte, las observaciones generales de los comités de los tratados han desarrollado una serie de directrices que son fundamentales para abordar con seriedad esta problemática como un asunto de derechos humanos. La Asamblea General de Naciones Unidas, por su parte, ha jugado un rol decisivo en la tarea de sensibilización sobre este flagelo en la agenda mundial, mediante su resolución 66/127, que designa el 15 de junio como Día Mundial de Toma de Conciencia de Abuso y Maltrato en la Vejez, representando el momento del año en que todo el mundo expresa su oposición a los abusos y los sufrimientos infligidos a miembros de nuestras generaciones mayores.

Hay que insistir, sin embargo, que en la base de cualquier acción debe haber un cambio de perspectiva en la conceptualización, el análisis y el tratamiento del maltrato. Tanto los profesionales como los expertos en la materia no podrán detectar los abusos si presuponen que cierto comportamiento o estado físico de una persona mayor se debe únicamente a su edad avanzada o su mala salud. Sin una toma de conciencia al respecto, solo podrán llamar la atención los casos graves de maltrato, puesto que las personas de edad que son víctimas de violencia y que no utilizan los servicios médicos o sociales difícilmente podrán visibilizarse (Naciones Unidas, 2002).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- » AEA (Action on Elder Abuse) (1995). What is elder abuse?. Action on Elder Abuse Bulletin, 11, May/June. London: AEA.
- » CDDH-AGE. (Steering Committee for Human Rights, Drafting Group on the Human Rights of Older Persons) (2013)04. Compendium of good practices. Strasbourg: Council of Europe.
- » Cepal. (2004). Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (LC/G.2228). (Adoptada en la Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe, Santiago de Chile, 19 al

21 de noviembre de 2003). Santiago: Cepal.

- » Cepal. (2011). Declaración de Brasilia (LC/G.2359). (Adoptada en la segunda Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe: hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos, Brasilia, 4 al 6 de diciembre de 2007). Santiago: Cepal.
- » Cepal. (2012). Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe (LC/G.2537). (Adoptada en la tercera Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe, San José de Costa Rica, 8 al 11 de mayo de 2012). Santiago: Cepal.
- » Currea-Lugo de, V. (2005). La salud como derecho humano. Bilbao: Instituto de Derechos Humanos, Universidad de Deusto.
- » Di Césare, L. (2012). El maltrato hacia las personas mayores: mecanismos de prevención y protección. En Huenchuán, S. (ed.), Los derechos de las personas mayores en el siglo XXI: situación, experiencias y desafíos (153-174). México, D.F.: Cepal e Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal.
- » Huenchuán, S. (2013). Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y el Caribe. La hora de avanzar hacia la igualdad. Libros de la Cepal 117 (LC/G.2553-P). Santiago: Cepal.
- » Jaspers, D. (2011). La situación de los derechos humanos de las personas mayores y sus formas de protección (OEA.Ser.G CAJP/GT/DHPM/INF. 3/11). (Presentación en la reunión del Grupo de Trabajo sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, Comisión de Asuntos Jurídicos y Políticos, Consejo Permanente de la OEA, 4 de noviembre). Recuperado de: <http://scm.oas.org/IDMS/Redirectpage.aspx?class=CAJP/GT/DHPM/INF&classNum=3&lang=t>
- » Kwan, A. Y. (1995). Elder abuse in Hong Kong: A new family problem for the old cast? *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 6(3-4), 65-80.
- » Lachs, M., et al. (1998). The mortality of elder mistreatment. *Journal of the American Medical Association*, 280, 428-432.
- » Naciones Unidas. (1991). Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad. (Resolución 46/91 de la Asamblea General), Nueva York: Naciones Unidas.
- » Naciones Unidas. (1992). Observación General N°20. Comentarios generales adoptados por el Comité de los Derechos Humanos, Artículo 7 - Prohibición de la tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. (44º período de sesiones, HRI/GEN/1/Rev.7 at 173).

- » Naciones Unidas. (2002). El maltrato de las personas de edad: reconocer y responder al maltrato de las personas de edad en un contexto mundial. (Informe del Secretario General de las Naciones Unidas, Comisión de Desarrollo Social constituida en comité preparatorio de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, segundo período de sesiones). Nueva York: Naciones Unidas.
- » Naciones Unidas. (2003). Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Nueva York: Naciones Unidas.
- » Naciones Unidas. (2008). Observación General N°2. Aplicación del artículo 2 por los Estados Partes (CAT/C/GC/2). (Comité Contra la Tortura, Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes). Nueva York: Naciones Unidas.
- » Naciones Unidas. (2010). Recomendación general N°27 sobre las mujeres de edad y la protección de sus derechos humanos (CEDAW/C/GC/27). (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer). Nueva York: Naciones Unidas.
- » New Zealand, Ministry of Social Development. (2013). Elder Abuse and Neglect Prevention. Funding Agreement. Practice Guidelines.
- » OMS (Organización Mundial de la Salud). (2002). El maltrato de las personas mayores (133-158). En: Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra: OMS.
- » OPS (Organización Panamericana de la Salud). (2003). Informe Mundial sobre violencia y la salud. Washington: OPS.
- » Vásquez, J. (2004). Discriminación y violencia en la vejez: mecanismos legales e instrumentos internacionales para la protección de los derechos en la edad avanzada. (Documento preparado para la Reunión de Expertos sobre Envejecimiento - II Foro Centroamericano y del Caribe sobre Políticas para Adultos Mayores, San Salvador, 10 al 12 de noviembre).
- » WHO (World Health Organization). (2011). European report on preventing elder maltreatment. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe. Recuperado de: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf

BUEN TRATO AL ADULTO MAYOR EN EL BIODERECHO

Paulina Ramos Vergara
Ángela Arenas Massa

“Come approvo il giovane in cui ci sia qualcosa di senile, così il vecchio in cui ci sia qualcosa di giovanile; chi si attiene a tale norma potrà essere vecchio di corpo ma non lo sarà mai di spirito”¹
Cicerón, De Senectute

RESUMEN

La senectud se presenta como una etapa del ciclo vital de especial vulnerabilidad, sobre todo cuando está ligada a la dependencia. Por su parte, el **“buen trato”** supone proceder bien de obra o palabra hacia un **“otro”** equivalente en valor. El objetivo de este trabajo es develar la conceptualización de lo denominado **“buen trato al adulto mayor”** con una interpretación de derechos específicos y deber de responsabilidad de la persona mayor en el ámbito sanitario. Para ello se considera el sistema normativo nacional, en particular la Constitución Política de la República en relación a la Ley N°20.584 sobre derechos y deberes que tienen las personas en relación a su atención en salud, vigente en Chile desde 2012.

La metodología utilizada es descriptiva, normativa y documental. El concepto de **“buen trato al adulto mayor”** propuesto busca ser acogido en interpretaciones normativas y políticas públicas que observan el valor jurídico de la solidaridad.

BUEN TRATO AL ADULTO MAYOR EN ÁMBITO SOCIO-SANITARIO

A. ADULTO MAYOR COMO **“SER EN RELACIÓN”**

El envejecimiento personal es un proceso heterogéneo, progresivo, irreversible que comienza con la fecundación y culmina con la muerte. Por otra parte, el envejecimiento poblacional producto de la transición demográfica avanzada que vive Chile (Servicio Nacional del Adulto Mayor, Senama, 2009), provoca cambios que ocasionan progresivamente una nueva estructura familiar como resultado del declive de la mortalidad/fecundidad; dichas mutaciones se manifiestan en la **“verticalización”** provocada por el aumento del número de generaciones vivas, las que por un lado incrementan la posibilidad de mantener relaciones intergeneraciona-

les y por otro, contraen las relaciones entre coetáneos al disminuir el número de miembros de una generación. La verticalización implica la complejidad y potencialidad de las relaciones intergeneracionales y las modalidades de convivencia multigeneracional, entre otros (Bazo, 2008; Censo Chile, 2002). Las personas envejecen teniendo más vínculos familiares verticales que horizontales; aumentan los abuelos y bisabuelos, disminuyen los hermanos, primos y tíos.

Está por verse cómo los adultos mayores representan o no la memoria colectiva de una época y, si condensan o no, en la subjetividad de su expresión social, la forma de pensar de las instituciones que los involucran. Los adultos mayores son la memoria social y colectiva conservada, desplazada, negada o proyectada en relaciones complejas (Araujo, 2010).

Surgen algunas interrogantes: ¿En la sociedad contemporánea hay cohesión entre las generaciones? ¿Cuál es la capacidad de las familias y su voluntad de cuidar a sus miembros más viejos? ¿Cuáles son las preferencias de los distintos grupos etarios? ¿Qué posibilidades tiene el país de proveer de servicios a las personas mayores? ¿Cuáles son las manifestaciones de buen trato -particularmente- hacia un adulto mayor enfermo? ¿En qué consiste el buen trato?

Se observa que el envejecimiento poblacional constituye un fenómeno estructural que involucra el modelo de desarrollo y las reglas de convivencia de la sociedad moderna; sus características peculiares son al menos:

- a. la dimensión cuantitativa (Chile se encuentra en una etapa de transición demográfica avanzada [Instituto Nacional de Estadísticas, INE, 2007]),
- b. la longevidad que trae aparejada el aumento de las tasas de dependencia y,
- c. la forma diversa de organizar y de transcurrir el tiempo respecto al trabajo, a la conformación de la familia, y a un nuevo sistema de derechos y deberes que influyen notablemente el cambio cultural (Comitato Nazionale per la Bioetica, 2005).

También se constatan conductas que impiden el envejecimiento activo y constituyen situaciones de riesgo grave para los mayores, a saber, marginalidad, exclusión, aislamiento, estafas, agresiones, entre otras. Dichas manifestaciones, tienen en común una alteración en la escala de valores; la dignidad personal es sustituida por criterios de eficiencia, funcionalidad y utilidad; está permeada por un empirismo pragmático que lleva al hombre a reafirmar sobre todo -o solamente- el homo oeconomicus o homo technicus (que "hace") en detrimento del homo humanus (que "es") (Wojtyla, 1978).

Ante este nuevo escenario las relaciones comunicativas entre-generaciones e intra-generaciones, en un contexto familiar y cultural profundamente mutado, requieren afrontar adecuadamente el sentido del envejecimiento en la vida individual y en la existencia colectiva.

En el ámbito jurídico, se demanda la integración de los adultos mayores a la sociedad, su protección ante el abandono y la indigencia, y el ejercicio de los derechos que la Constitución Política y el sistema normativo les reconocen. Se califican los derechos de las personas mayores entre los de tercera generación y

demandan a los Estados su protección y políticas públicas para garantizar estándares mínimos de calidad de vida y cuidado. El reconocimiento de derechos según grupos etarios -entre los que se encuentra el adulto mayor- no conspira contra la igualdad, dado que es la evitación de una inequidad (Vivanco, 2006).

Los derechos fundamentales se comprenden hoy en relaciones fundadas en la solidaridad, esto es, en el reconocimiento de la dignidad de toda vida humana, en la convicción de que el desarrollo de cada persona sólo es posible con los otros, en Comunidad y en la protección preferente de los más vulnerables. La solidaridad se reconoce como una de las bases de la comunidad política. También ella forma parte del orden público objetivo, que comprende la totalidad del derecho, tanto en su ámbito estatal, extraestatal y supraestatal (Aguilar, 2013).

Por ello, a nivel nacional y supraestatal, es necesario políticas fundadas en la solidaridad; que también posibiliten a los adultos mayores constituirse como protagonistas del diseño de su propio estatuto relacional, que facilite su participación y consagre los principios para una convivencia intergeneracional exitosa.

En el ámbito internacional, el Protocolo Adicional a la Convención Americana en materia de derechos económicos, sociales y culturales, Protocolo de San Salvador (OEA, 1988), que bajo el párrafo titulado Protección de los Ancianos, prescribe: *“Toda persona tiene derecho a protección especial durante su ancianidad. En tal cometido, los Estados partes se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica y en particular, a proporcionar instalaciones adecuadas, así como alimentación y atención médica especializada a las personas de edad avanzada que carezcan de ella y no se encuentren en condiciones de proporcionársela por sí mismas...”*, artículo 17 inciso primero letra a). Si bien es obligatorio para quienes lo han ratificado, la progresividad en sí misma es criticada, porque permanece sujeta al criterio único y unilateral del Estado (Mora, 2009).

Dentro de las manifestaciones normativas específicas a nivel nacional que buscan la protección de las personas mayores y la promoción del buen trato, destacan en primer lugar, la creación del Servicio Nacional del Adulto Mayor gracias a la Ley N°19.828. En segundo término la Ley N°20.427 que Modifica la Ley N°20.066, de violencia intrafamiliar y otros cuerpos legales para incluir el maltrato al adulto mayor en la legislación nacional. En esta última, se reconoce que el adulto mayor eventualmente puede llegar a ser sujeto pasivo del maltrato físico, psicológico, patrimonial o abandono.

B. MANIFESTACIONES DEL BUEN TRATO AL ADULTO MAYOR EN EL ÁMBITO SOCIO-SANITARIO, SEGÚN LA LEY N°20.584 SOBRE DERECHOS Y DEBERES QUE TIENEN LAS PERSONAS EN RELACIÓN CON ACCIONES VINCULADAS A SU ATENCIÓN EN SALUD

En materia sanitaria, entra en vigencia en Chile la Ley N°20.584 (2012), que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Si bien constituye un estatuto de carácter general, consagra derechos y deberes que deben ser interpretados a

favor de los mayores en su situación y caso particular (UE Progetto eustacea. Programma Daphne, 2010), puesto que constituyen manifestaciones de “buen trato” hacia ellos.

En relación al buen trato, el derecho destacado en esta normativa legal por antonomasia es la autodeterminación que presupone autonomía; una de sus manifestaciones es el consentimiento informado.

La autodeterminación de los adultos mayores es un derecho que requiere ser interpretado y aplicado en las diversas modalidades de cuidado informal familiar, comunitario y residencial.

Del análisis del párrafo 6º de la Ley N°20.584 se observa, en primer término, su título “De la autonomía de las personas en su atención de salud”, esto es, reconoce el derecho de toda persona a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud, artículo 14. Con ello, se verifica un cambio de paradigma en la relación médico-paciente; se reconoce que el solo paternalismo puede llegar a constituir beneficencia, sin autonomía (Lolas, 2012).

En segundo término, atisba que la autodeterminación en la persona mayor está íntimamente unida al concepto de calidad de vida. El constructo calidad de vida “es subjetivo, multidimensional y complejo: es la propia satisfacción, en diversas áreas vitales e incluye aspectos positivos y negativos” (Lolas, 1997).

Es posible un envejecimiento saludable. Este es aquel con baja carga de comorbilidad, alta interacción con el medio y buena funcionalidad (Carrasco, Martínez, Foradori, Hoyl, Valenzuela, Quiroga, Gac Ihle & Marín, 2010).

En este sentido, la autonomía en ámbito jurídico sanitario, no sólo considera la posibilidad moral de autodeterminación, sino también la autovalencia en actividades de la vida diaria; ambas conllevan a mejorar la calidad de vida de las personas mayores. Como sociedad supone proporcionar esperanza y seguridad en la atención de necesidades y en los recursos económicos que se ponen a disposición del mayor para que los administre; además, que sus elecciones y decisiones serán respetadas, ante un futuro inconstante o desconocido.

Del consentimiento informado como una manifestación de autodeterminación

El orden normativo nacional exige conocer, garantizar y respetar la voluntad y decisiones del adulto mayor. Es él quien decide en relación a su vida y en este sentido a aceptar o rechazar las prestaciones médicas que se le ofrecen.

Todo consentimiento exige recibir información completa, comprensible y oportuna, por parte del médico u otro profesional tratante, acerca del estado de su salud, del posible diagnóstico de su enfermedad, de las alternativas de tratamiento disponibles para su recuperación y de los riesgos que ello pueda representar, así como del pronóstico esperado, y del proceso previsible del postoperatorio

cuando procediere, de acuerdo con su edad y condición personal y emocional. Además, la persona tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud, sin perjuicio de mantener las medidas de soporte ordinario. En ningún caso el rechazo a tratamientos podrá tener como objetivo la aceleración artificial de la muerte, la realización de prácticas eutanásicas o el auxilio al suicidio (artículo 10 inciso primero, artículo 14 incisos primero y tercero de la Ley N°20.584).

Proporcionar información requiere desarrollo de habilidades por parte del equipo de salud; a veces, las informaciones deben ser repetidas puesto que los mayores no son sólo receptores pasivos y corresponde involucrarlos en los procesos que atañen a su propio cuidado, con base en sus capacidades cognitivas.

También, se debe proporcionar información sobre los servicios disponibles y su costo, a través de servicios sociales y sanitarios (artículo 8 de la Ley N°20.584). Los profesionales de estas áreas, no pueden atribuirse la prerrogativa de decidir por la persona mayor el tratamiento más o menos oneroso.

Cuando la condición de la persona, a juicio de su médico tratante, no le permita recibir la información directamente o padezca de dificultades de entendimiento o se encuentre con alteración de conciencia, la información debe ser dada a su representante legal, o en su defecto, a la persona bajo cuyo cuidado se encuentre (artículo 10 inciso segundo de la Ley N°20.584).

Del consentimiento del adulto mayor para participar en investigaciones científicas

Toda investigación científica en un ser humano deberá contar con su consentimiento o, en su defecto, el de aquel que deba suplir su voluntad en conformidad con la ley. Existe consentimiento informado cuando la persona que debe prestarlo conoce los aspectos esenciales de la investigación, en especial su finalidad, beneficios, riesgos y los procedimientos o tratamientos alternativos. Debe hacerse especial mención del derecho que tiene toda persona de no autorizar la investigación o de revocar su consentimiento en cualquier momento y por cualquier medio, sin que ello importe responsabilidad, sanción o pérdida de beneficio alguno (artículo 11, Ley N°20.120 sobre investigación científica en el ser humano, su genoma y prohibición de clonación humana).

Si el adulto mayor, se encuentra en situación de discapacidad psíquica o intelectual y no puede darse a entender por escrito, no puede participar de una investigación clínica; en los casos en que se realice investigación científica con personas con discapacidad psíquica o intelectual, que tengan capacidad de manifestar su voluntad y que hayan dado consentimiento informado, además de la evaluación ético científica, será necesaria la autorización de la autoridad sanitaria competente. Todavía, no se prescinde de la autorización escrita del paciente mayor y su representante legal (artículo 28, Ley N°20.584).

CONCLUSIONES

La debilidad, fragilidad, caducidad, enfermedad, finitud y sufrimiento se evidencian con mayor fuerza en la vejez y exigen al derecho protección efectiva; al Estado políticas específicas con el fin de asegurar a este grupo etario calidad de vida; a cada persona y comunidad una actitud de apertura, cariño y respeto a los adultos mayores, quienes dotan o potencian la biografía social. Lo anterior, constituye manifestación del buen trato al adulto mayor.

Respecto a la autodeterminación en la vejez y el concepto calidad de vida, se deben considerar condiciones adecuadas a un buen trato, aquellas que respeten las diferencias individuales en los modos y estilos de envejecer. Se observa que para el viejo puede ser mayor el miedo a la dependencia que a la muerte. Al respecto, el legislador en la Ley N°20.584 en forma general -no específica en relación al adulto mayor- reconoce la posibilidad de aceptar o rechazar tratamientos médicos.

Por otra parte, constituyen manifestaciones de buen trato el permitir a los mayores expresar su voluntad y opiniones, respetar sus deseos sobre todo si se refieren a la forma en que prefieren ser asistidos, sus expectativas en relación a la calidad de la vida y las terapias médicas. Y considerar, que el objetivo de garantizar seguridad a los adultos mayores (artículo 4 de la Ley N°20.584) puede entrar en conflicto con el objetivo de promover la autonomía; se debe entrar a ponderar la alternativa que favorezca un mejor equilibrio y los cuidadores reconocer el derecho de la persona mayor a correr algunos riesgos. Aspectos importantes, puesto que los mayores a veces son sometidos a un exceso de prescripciones.

En la historia fidedigna de la Ley N°20.584 (Biblioteca Congreso Nacional de Chile, 2012), el consentimiento informado se considera como un derecho sin relación a una edad específica.

En el caso de los adultos mayores, su situación no se encuentra en la discusión, lo que sugiere que la situación de los mismos "es invisible" o se entiende que la edad no necesariamente afecta la capacidad para autogobernarse.

La Ley N°20.584 no considera la diferenciación entre capacidad jurídica y competencia en la toma de decisiones médicas, lo que constituye un desafío pendiente si se busca avanzar en el buen trato al adulto mayor.

Si se reconoce el derecho de autodeterminación de las personas mayores, correlativamente debe reconocerse un deber de responsabilidad del mismo. Las personas mayores que necesitan cuidados permanentes tienen la responsabilidad de respetar los derechos de aquellos con quienes cohabitan y de sus cuidadores.

El peso de la dependencia y de las relaciones conflictivas entre el adulto mayor, su familia y otras personas circundantes puede llevar a situaciones de violencia. Prevenir el abuso hacia los adultos mayores y el cuidador es un tema que requiere permanente reforzamiento.

El viejo, además de ser sujeto de derechos, está obligado a participar, dentro de sus posibilidades, en la vida social y compartir particularmente con los jóvenes sus conocimientos, aptitudes y valores.

En la sociedad nacional es habitual una retórica de reconocimiento de la vejez. No obstante, en la realidad es una etapa de pérdida y soledad. El adulto mayor no tiene la valoración ni los espacios para seguir participando en la Comunidad. Así lo han reconocido organizaciones públicas y privadas las que enfrentan este tema con diferentes acciones e instrumentos. Con todo, se observa la necesidad de distinguir, analizar y ponderar los valores sociales que fundan las relaciones interpersonales en Chile; ellos darán cuenta de una determinada concepción del hombre.

La solidaridad es el principio fundante del pacto social y, por ende, de los derechos fundamentales. En lo referente al adulto mayor se denomina “**solidaridad intergeneracional**”.

La solidaridad intergeneracional supone, en el plano individual, asumir los intereses del otro como propios y en el plano social, asumir la responsabilidad colectiva; exige actuar positivamente para garantizar los intereses públicos y contribuir a ellos. En definitiva, es obligante; unida a la justicia trabaja por el bien común y se expresa en una dimensión personal, cultural y política.

NOTA AL CAPÍTULO

1. “Apruebo al joven en que existe algo de senil, asimismo al viejo en que hay algo de juvenil; quien se sujeta a dicho parámetro podrá ser viejo de cuerpo, pero no lo será jamás de espíritu.”

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Documentos

- » Araujo, R. (2010). *Viejos. Ayer, hoy... sin mañana*. Adultos mayores y adicciones: Ediciones Nandela. Recuperado el 15 de octubre de 2013, desde http://redobservatoriosviolenciageneromx.org/libreria/MPov_10_008_4.pdf
- » Bazo, M. T. (2008). *Personas mayores y solidaridad familiar*. En *Política y Sociedad*, 45:2, 73-85.
- » Biblioteca Congreso Nacional de Chile. (2012). *Historia de la Ley N°20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con las acciones vinculadas a su atención en salud*. Recuperado el 30 de agosto de 2013, desde http://www.leychile.cl/Consulta/portada_hl
- » Carrasco, M., Martínez, G., Foradori, A., Hoyl, T., Valenzuela, E., Quiroga, T., Gac, H., Ihle, S. & Marín, P.P. (2010). *Identificación y caracterización del adulto mayor saludable*. *Revista médica de Chile*, 138 (9):1077-1083. Recuperado el 15 septiembre de 2013, desde http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_

arttext&pid=S0034-98872010000900001&lng=es&tlng=es.%2010.4067/
S0034-98872010000900001

- » Cavallo, G. (2013). Principio de solidaridad y derecho privado: comentario a una sentencia del Tribunal Constitucional. *Revista Lus et Praxis*, 14, 2: 594-610.
- » Comitato Nazionale per la Bioetica. (2005). *Bioetica e diritti degli anziani*. Roma. Extraído el 30 de Agosto de 2013, desde <http://www.governo.it/bioetica/pareri.html>
- » INE. (2002). Censo 2002. Recuperado el 30 de septiembre de 2013, desde <http://www.ine.cl/cd2002/>
- » Instituto Nacional de Estadísticas. (2007). *Vulnerabilidad al riesgo de muerte 2002-2010*. Santiago.
- » Lolás, F. (1997). Estudio cualitativo de la calidad de vida en el senescente. Una propuesta metodológica. *Rev. Vértex* N°29. Buenos Aires 8:193-195.
- » Lolás, F. (2012). *Vejez y envejecimiento: la solidaridad como principio bioético*. *Revista Anales*, séptima serie, 3:129-136.
- » Mora, M. ¿Existe protección real a los derechos humanos del adulto mayor? El discurso legal. *Revista de ciencias sociales* 126-127:123-134/2009-2010 (IV-I).
- » Progetto eustacea. Programma Daphne III. Carta Europea dei Diritti e delle responsabilità degli anziani bisognosi di assistenza e di cura a lungo termine:1-52.
- » Servicio Nacional del Adulto Mayor -Senama- (2009). *Las personas mayores en Chile. Situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez*.
- » Vivanco, A. (2006). Los derechos de los ancianos. Paradojas bioéticas de la ancianidad en la perspectiva de derechos de tercera generación. *Revista Ars médica*, Pontificia Universidad Católica, Vol.8 número 8: 155-179. Recuperado el 10 de Octubre de 2013, desde <http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/arsmedica8/Art13.html>
- » Wojtyła, K. (1978). *La visione antropologica della "Humanae Vitae"*, Roma: Lateranum.

2. Normativa internacional y nacional

- » Constitución Política República de Chile (1980).
- » Ley N°19.828 (2002) crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor.
- » Ley N°19.968 (2004) crea Tribunales de Familia.

- » Ley N°20.120 (2006) sobre investigación científica en el ser humano, su genoma y prohíbe clonación humana.
- » Ley N°20.584 (2012) sobre derechos y deberes que tienen las personas con las acciones vinculadas a su atención en salud.
- » Organización de Estados Americanos. (1988). Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales "Protocolo de San Salvador".

EL ADULTO MAYOR VÍCTIMA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR: SU ABORDAJE EN LOS TRIBUNALES DE FAMILIA

Jessica Arenas Paredes

RESUMEN

Este artículo aborda la situación del adulto mayor víctima en el procedimiento de violencia intrafamiliar de competencia de los Juzgados de Familia, describe la normativa legal vigente y las particularidades de la problemática llevada a los Tribunales. Examina las dificultades observadas en la aplicación de ciertas instituciones, interpreta la extensión de las normas especiales respecto del adulto mayor y expone a la luz de sentencias de primera instancia, distintos modos de entender y resolver la complejidad de los conflictos que afectan al adulto mayor y que se traducen en el ejercicio de la violencia.

EL CONCEPTO DE ADULTO MAYOR EN LA LEGISLACIÓN CHILENA

La categorización legislativa de las personas en función de su edad, data de los orígenes de la normativa nacional y permite reglamentar el ejercicio de los derechos, la asunción de responsabilidades o bien el cese de la vida laboral activa, del ejercicio de cargos públicos, del acceso a la paternidad adoptiva, etc. A diferencia de la población menor de edad, en la que la ley define ciertos rangos etarios¹, las personas de dieciocho años y más era denominada adulta o simplemente mayor de edad, sin utilizar un término unívoco para referirse a aquel segmento de esta población, generalmente por sobre sesenta años que, por el solo hecho de su edad², veían alterado el estatuto jurídico que los regía.

En este contexto, se crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor (Senama)³, cuya ley utiliza el concepto de adulto mayor para referirse a toda persona que ha cumplido sesenta años⁴, valiéndose únicamente de la edad como criterio para definir el segmento de la población chilena cuya integración, protección y promoción de sus derechos se encomendaban al nuevo Servicio. La discusión de la Ley N°19.828 fue coetánea a la Ley N°19.968 que crea los Tribunales de Familia y en ella ya se planteaba la situación especial en la que se encontraban los adultos mayores frente a la violencia intrafamiliar, circunstancia que genera que entre las medidas cautelares se hiciera mención expresa al adulto mayor⁵.

La creación de Senama permitió, entre otras cosas, la promoción de estudios tendientes a definir un “mapa” del envejecimiento en Chile, identificando cuantitativa y cualitativamente la población adulta mayor de nuestro país, cuyos resultados hicieron evidente la necesidad de legislar, a fin de proteger al adulto mayor frente a situaciones en las que su edad importaba una condición de vulnerabilidad, como el maltrato, el abandono y el abuso patrimonial. En este contexto, se sancionó la Ley N°20.427 que modifica la Ley N°20.066 de violencia intrafamiliar y otros cuerpos legales para incluir el maltrato del adulto mayor en la legislación nacional⁶, cuyo texto tuvo su origen en un proyecto que refundió mociones parlamentarias e iniciativas presidenciales⁷.

EL ADULTO MAYOR VÍCTIMA Y EL PROCEDIMIENTO DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

El objetivo de este trabajo no consiste en exponer el procedimiento de violencia intrafamiliar en la legislación chilena, sino que abordar las normas que lo regulan desde la problemática del adulto mayor llevada a los Juzgados de Familia, y como estos, en ejercicio de los deberes que la ley le encomienda, pueden brindar una respuesta jurídica idónea, precisando las dificultades que se advierten en la actual redacción normativa y que podrían incidir en el desarrollo del procedimiento.

Definición legal de violencia intrafamiliar

El artículo 5 de la Ley N°20.066 en su inciso primero define violencia intrafamiliar como Todo maltrato que afecte la vida o la integridad física o psíquica de las personas.

La ley no define el concepto de maltrato, y si bien en un principio su contenido fue discutido, en la actualidad se ha logrado un consenso doctrinario, apoyado por los instrumentos internacionales vigentes, en orden a entenderlo en un sentido amplio, comprensivo tanto de la acción como de la omisión⁸. En este mismo sentido, Senama ha consensuado el maltrato del adulto mayor como la acción u omisión que produce daño a un adulto mayor y que vulnera el respeto a su dignidad y el ejercicio de sus derechos como persona, no exigiéndose la concurrencia de la intención de dañar, bastando el desconocimiento e incluso la no intención de daño, el cual puede ser físico, psíquico y/o patrimonial⁹.

El maltrato que la ley sanciona para ser calificado como intrafamiliar, exige una vinculación entre víctima y agresor, de modo que éste debe ser cónyuge o ex cónyuge, conviviente o pariente por consanguinidad o tener afinidad hasta el tercer grado¹⁰, siendo la relación y los sentimientos asociados a ésta la que facilitan el ejercicio y la mantención de una dinámica relacional basada en el ejercicio de la violencia. En este sentido, se ha resuelto que la conducta violenta sólo puede darse en la medida que existe un desequilibrio de poder, que en definitiva, se traduce en una relación de dominio y sometimiento/acatamiento, que adquiere el carácter de intrafamiliar cuando dicha relación se da entre personas que sostienen o han sostenido un vínculo afectivo relativamente estable, siendo esta proximidad

afectiva y la dependencia de la víctima respecto del ofensor lo que determina la gravedad de esa violencia¹¹.

El inciso segundo del artículo 5 de la Ley N°20.066, amplía el ámbito de sujetos activos de violencia intrafamiliar en función de condiciones especiales que concurren respecto de las víctimas. Así, se sanciona el maltrato hacia un menor de edad o discapacitado¹² que se encuentra bajo el cuidado o dependencia¹³ de cualquiera de los integrantes del grupo familiar, sin establecer grados de parentesco ni definir lo que se entiende por grupo familiar. Con esta redacción, se reconoce la posición de mayor vulnerabilidad de un individuo frente a la violencia, lo que justifica ampliar los requisitos de parentesco establecidos en la norma general, bastando en este caso que la víctima tenga una relación de cuidado o dependencia con cualquier miembro del grupo familiar.

La hipótesis general de violencia intrafamiliar es aplicable al adulto mayor víctima en la medida que cumple los requisitos de parentesco y en especial sólo respecto de adultos mayores discapacitados, lo que fue cuestionado en el sentido que en el adulto mayor dependiente¹⁴ concurre la vulnerabilidad que la norma reconoce sin que sea necesario que además se encuentre afectado por una discapacidad, consideración que fue recogida en el proyecto de ley y aprobado sin mayor discusión, de modo que, con la promulgación de la Ley N°20.247, el adulto mayor puede tener la calidad de víctima cuando cumple los requisitos de parentesco del inciso primero del artículo 5 de la Ley N°20.066 y cuando siendo o no discapacitado, se encuentre en situación de dependencia respecto de un miembro del grupo familiar.

INICIO DEL PROCEDIMIENTO DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

La doctrina y la experiencia han demostrado que la apertura de la violencia intrafamiliar de un ámbito privado al público, ha sido relevante para permitir su concepción y tipificación como una transgresión a derechos fundamentales, establecer la necesidad de reparación y diseñar políticas tendientes a su prevención y erradicación. Por esta razón, la evolución legislativa ha puesto cada vez menos trabas a fin de permitir que estos hechos sean puestos en conocimiento del Tribunal, sea mediante la legitimación del tercero como demandante o denunciante –según sea el vínculo que tenga con la víctima–, estableciendo la obligación de denunciar por ciertos terceros que en función del cargo o labor que desempeñan podemos denominar **“terceros calificados”** y eliminando la exigencia de ratificación de la denuncia como requisito para continuar con la tramitación del procedimiento.

El procedimiento de violencia intrafamiliar puede ser iniciado por demanda o denuncia del propio afectado o de terceros, siendo estos quienes cobran especial relevancia en el caso de los adultos mayores, toda vez que la decisión de denunciar o demandar para sí, se ve interferida por factores que usualmente no concurren respecto de otros adultos, tales como: deterioro físico y cognitivo, temor, creencia en orden a que se trata de un problema familiar y privado, sentimientos ambivalentes respecto del agresor explicados por el afecto o la gratitud que pu-

diera tenerle, siendo usual además que quien ejerce la violencia sea su cuidador y el único pariente cercano¹⁵. Las estadísticas indican que aproximadamente el 24% de los adultos mayores en Chile requieren de otros para el desarrollo de sus actividades cotidianas¹⁶, correspondiendo al mismo porcentaje de las demandas o denuncias de violencia intrafamiliar iniciadas por terceros en el Centro de Medidas Cautelares de los Juzgados de Familia de Santiago¹⁷. Lo anterior, evidentemente no significa que todos los adultos mayores en situación de dependencia son maltratados y sus maltratos denunciados por terceros, sino que las denuncias tienen por víctimas a adultos mayores dependientes¹⁸ y adultos mayores autoválidos que pudiendo denunciar no lo hacen.

La ley faculta indistintamente para denunciar o demandar¹⁹ a la propia víctima, sus ascendientes, descendientes, guardadores o personas que la tengan bajo su cuidado²⁰ y sólo para denunciar a cualquier tercero que tenga conocimiento directo de los hechos que la motivan. Entre los terceros que no tienen vínculo de parentesco para demandar se encuentran aquellos a quienes la ley les impone la obligación de denunciar los hechos constitutivos de violencia intrafamiliar, sea que tomen conocimiento de ellos en razón de sus cargos²¹ o en el ejercicio del cuidado de la víctima.

En relación a esta obligación de denunciar la violencia intrafamiliar ejercida sobre un adulto mayor, cobra especial relevancia la institución de Carabineros, Policía de Investigaciones, empleados públicos (asistentes sociales de municipalidades, oficinas de adulto mayor, consultorios, etc.) y profesionales de la salud pública y privada²², toda vez que se trata de instituciones cercanas, a las que el adulto mayor concurre con frecuencia, estableciendo además vínculos de confianza, que en el caso de no ser evidente permite la detección de indicadores de violencia intrafamiliar²³. Esta obligación de denuncia también se extiende a quienes ejerzan el cuidado personal de aquellos que en razón de su edad, incapacidad u otra condición similar no pudieren efectuar por sí mismos la respectiva denuncia²⁴. El término cuidado personal en su concepción civil sólo es aplicable a la minoría de edad y no abarca las otras hipótesis normativas, lo que unido a la definición amplia de violencia intrafamiliar del artículo 5 de la Ley N°20.066 y la naturaleza tutelar del procedimiento, nos permite entender que al utilizar este término el legislador alude más bien a la situación de dependencia en la que se encuentra una persona, que la imposibilita para denunciar por sí misma, de modo que es quien está ejerciendo su cuidado el que se encuentra obligado por ley a denunciar los hechos constitutivos de violencia intrafamiliar que afectan a quien está a su cuidado.

El incumplimiento de la obligación de denunciar es constitutiva de una falta²⁵, sin embargo, la pena puede no aplicarse, si el obligado no denuncia al ser él o sus parientes cercanos los responsables del hecho denunciado, en la medida que pueda revestir el carácter de ilícito penal²⁶. Lo anterior, no tendría mayor trascendencia en el ámbito de la violencia intrafamiliar de no encontrarse tipificado el delito de maltrato habitual, que sólo puede ser calificado por el juez de Familia en conocimiento de hechos denunciados como tales, con lo que un hecho en principio no constitutivo de delito conocido en sede de Familia puede llegar a serlo si el juez estima que concurren los presupuestos legales y en consecuencia, ser conocido en sede penal vía declaración de incompetencia.

En cuanto a los derechos que le asisten al tercero denunciante en el proceso, el artículo 82 establece que se le aplica la limitación establecida en el artículo 178 del Código Procesal Penal, que significa que no tiene derecho a intervenir²⁷, ello en el entendido de que es parte del proceso y como tal no puede efectuar peticiones, solicitar diligencias probatorias, interponer recursos, etc. Sin perjuicio de ello, hay que considerar que el tercero denunciante, usualmente ha tomado conocimiento de la violencia, por la cercanía y la confianza que tiene con la víctima, más aún si se trata de un profesional de la salud o el área social que cuenta con mayor calificación sobre esta materia, de modo que su testimonio o los antecedentes de que disponga pueden ser relevantes para que el Tribunal pueda decretar diligencias probatorias, calificar y sancionar si corresponde, los hechos denunciados.

En este contexto, la ley faculta expresamente al juez para que pueda recoger el testimonio del denunciante antes de la audiencia preparatoria²⁸, o incluso basado en el principio de desformalización del procedimiento, su carácter tutelar y las facultades del Juez en orden a dirigir la audiencia, podría el tercero denunciante ser oído en la misma audiencia preparatoria, citado a declarar en audiencia de juicio o requerírsele un informe respecto de la situación del adulto mayor, particularmente cuando se trata de profesionales del área social o la salud, lo que no cambia la atribución del derecho a intervenir en el procedimiento.

La víctima es parte del proceso²⁹, sin embargo, en los casos en que la denuncia o demanda haya sido efectuada por terceros, su derecho a intervenir en él tendrá por fuente una actuación que no es propia, siendo la notificación del Tribunal (víctima y agresor) la oportunidad para que las partes tomen conocimiento de la denuncia, lo que puede constituir un factor de riesgo en el evento que los hechos denunciados sean más o menos efectivos³⁰. Estas consideraciones son recogidas en el artículo 91 de la Ley N°19.968, al exigir en estos casos, que la denuncia sea puesta en conocimiento de la víctima por el medio más idóneo, directo y seguro para su integridad³¹, el que deberá evaluarse por el Juez en función de los hechos denunciados, pudiendo bastar la notificación que cumpla con los requisitos generales o bien ordenar que se efectúe por Carabineros con o sin previa constatación del estado de la víctima, el asistente social del Cesfam o Municipalidad que eventualmente pudiera tener facilidad de acceso al adulto mayor, uno o más funcionarios del Tribunal, no excluyendo la posibilidad que en casos en que la gravedad de los denunciado lo ameritara, se constituya el juez, para que asistido por quien determine, dé cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 91 de la Ley N°19.968.

COMPARECENCIA DEL ADULTO MAYOR VÍCTIMA ANTE EL TRIBUNAL

En los procedimientos especiales, nuestra legislación de familia no establece la obligatoriedad de la intervención de abogados, ello sin perjuicio de la facultad del Tribunal de procurar la representación judicial de las partes en el evento de considerarlo necesario, lo que en general no reviste mayor complejidad en el adulto mayor que presenta la calidad de denunciante o demandante, toda vez que el solo hecho de efectuar la denuncia o demanda y desplegar una capacidad física e intelectual permite al menos suponer que, en el caso de estimarse necesario,

podría conferir patrocinio y poder a un abogado de su confianza o alguno que sea designado por el Tribunal³².

La dificultad se plantea usualmente en los procedimientos de violencia intrafamiliar iniciados por terceros a favor de un adulto mayor. En ese contexto, el Tribunal igualmente puede designar un abogado a fin que represente los intereses del adulto mayor³³; sin embargo, puede suceder que el adulto mayor no se encuentre en condiciones de otorgar patrocinio y poder a ese u otro abogado³⁴, planteándose la discusión sobre la procedencia de la figura del curador ad litem respecto del adulto mayor³⁵.

Los supuestos que habilitan al juez para la designación de curador ad litem son la minoría de edad e incapacidad, de modo que sin introducir un supuesto nuevo, la institución sería aplicable al adulto mayor en la medida que se le comprenda en el supuesto de incapacidad. Las normas civiles establecen que la incapacidad tiene una fuente legal³⁶, siendo la capacidad la regla general e incapaces sólo aquellas personas que la ley declara³⁷, contexto en el cual la interdicción del incapaz es la declaración judicial que lo priva de la administración de sus bienes y designa un curador que los administre. De este modo, la incapacidad es el presupuesto para la interdicción, lo que no obsta a que se pueda ser incapaz sin ser interdicto.

Conforme a lo razonado, el adulto mayor es incapaz en la medida que se encuentre en alguno de los supuestos de incapacidad previstos en la ley, siendo el más usual la demencia. Si bien la ley no define qué se entiende por demencia, se ha logrado un consenso doctrinario y jurisprudencial, en orden a entenderla ampliamente, como todo tipo de enajenación, sin enumerar patologías, regulándose los efectos patrimoniales de los actos jurídicos celebrados por el incapaz antes y después de la declaración de interdicción. En este contexto, al ser la demencia el presupuesto de la interdicción, necesariamente hay que relacionarla con la discapacidad mental³⁸ que, bajo esa denominación habilita a la misma declaración de interdicción, con un procedimiento incluso más simplificado³⁹, lo que permitiría la equivalencia de ambos conceptos al menos para determinar la aplicabilidad de la institución analizada, ello considerando especialmente la naturaleza y objetivos de la curaduría ad litem, que en el supuesto que nos convoca, no es otra cosa que la representación y defensa de los intereses del adulto mayor en un procedimiento de violencia intrafamiliar en su contra. Conforme a lo razonado, soy de la opinión que la designación de curador ad litem respecto del adulto mayor en un procedimiento de violencia intrafamiliar es procedente en el supuesto de demencia (sujeto⁴⁰ o no a interdicción) o discapacidad mental y cumpliéndose las demás exigencias legales.

LA RATIFICACIÓN DE LA DENUNCIA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Al comienzo de este trabajo expuse que la tendencia legislativa, particularmente en el ámbito de la violencia intrafamiliar ha sido eliminar las trabas que obstaculizan a los afectados o a terceros a denunciar⁴¹, entre ellas la ratificación del contenido de la denuncia ante el Tribunal, término que se emplea habitualmente en sentido muy amplio, que van desde la no comparecencia a audiencia – supuesto

distinto de la no ratificación que está expresamente regulado⁴² - hasta la negación de los hechos o la manifestación de voluntad de no continuar con el proceso sin negarlos, siendo de interés analizar estas últimas situaciones, independientemente que correspondan o no con exactitud, al concepto jurídico de no ratificación.

En el caso del adulto mayor víctima que interpone una demanda o una denuncia de violencia intrafamiliar y que comparece a la audiencia preparatoria⁴³, negando los hechos denunciados o sin negarlos, manifiesta que no desea continuar con el procedimiento, la ley no le atribuye a dicha voluntad la suficiencia necesaria para que por sí misma, pueda poner término al procedimiento, toda vez que no se admite el desistimiento como causal de término del procedimiento, encomendándose al juez la calificación de los hechos como constitutivos o no de violencia intrafamiliar⁴⁴, de delito o bien cumpliendo los requisitos necesarios para aprobar una suspensión condicional de la dictación de la sentencia si correspondiere⁴⁵. Lo anterior, fue materia de un largo debate doctrinario y legislativo y evidencia una evolución normativa, toda vez que con la vigencia de la Ley N°19.325, se permitía la conciliación entre las partes, que importaba dar eficacia jurídica a la voluntad de la o el denunciante de poner término al procedimiento bajo ciertas condiciones que eran aceptadas por el denunciado, lo que fue criticado por la doctrina en el entendido de que en una dinámica abusiva no existe una igualdad de armas y la voluntad de la víctima se ve interferida por una serie de condiciones inherentes a la relación violenta. Estas consideraciones generales, son aplicables y adquieren mayor relevancia en el caso del adulto mayor maltratado, quien puede verse afectado por una pérdida de autonomía a causa de deterioro físico o cognitivo, generalmente ha perdido el poder de decisión el que es ejercido por aquellos de los que ahora depende y particularmente, puede encontrarse en una situación de dependencia afectiva y física de su cuidador, quien es el único familiar que quiere o puede asistirlo, de modo que el ocultamiento de la violencia o la retractación ante la denuncia resulta una necesidad en aras de mantener esa relación.

En caso que la denuncia o demanda de violencia intrafamiliar haya sido deducida por un tercero a favor de la víctima adulto mayor, y éste comparece a la audiencia preparatoria manifestando su voluntad de no continuar con el procedimiento, si bien se pueden argumentar las mismas consideraciones expuestas para justificar la retractación en el caso que la víctima fuere demandante o denunciante, también resulta plausible sostener que efectivamente no es víctima de violencia intrafamiliar y la denuncia puede basarse en antecedentes errados u obedecer a otras motivaciones. Estas consideraciones son recogidas en nuestra legislación, siendo ésta la única hipótesis en la que la voluntad de la víctima, tiene eficacia jurídica conclusiva del procedimiento, ello previa opinión del Consejo Técnico y la resolución del juez, que ponderando todos estos antecedentes estime que dicha voluntad es manifestada en forma libre y espontánea⁴⁶.

MEDIDAS CAUTELARES ESPECIALES

El procedimiento de violencia intrafamiliar tiene un carácter sancionatorio, de modo que de acreditarse los hechos, la sanción impuesta al ofensor será una multa⁴⁷, la que en nada contribuye a dar protección a la víctima ni a reparar el daño asociado al ejercicio de la violencia, circunstancias que evidencian la relevancia de

la adopción de medidas cautelares⁴⁸ durante el curso del procedimiento y la imposición de penas accesorias en la sentencia definitiva condenatoria⁴⁹, cuyo objetivo es precisamente eliminar la situación de riesgo que afecta a la víctima y facilitar las condiciones para prevenir la ocurrencia de nuevos hechos vulneradores.

En este contexto, la ley regula la situación del riesgo inminente⁵⁰ como una circunstancia que habilita al juez para adoptar medidas cautelares con el solo mérito de la denuncia. En el caso del adulto mayor, la Ley N°20.427 introduce un nuevo supuesto de riesgo inminente que dice relación con el hecho de que alguno de los parientes del artículo 5⁵¹ haya expulsado al adulto mayor que es dueño o poseedor de un inmueble que le sirve de residencia o bien lo ha relegado a sectores secundarios o restringido en su desplazamiento al interior de ese bien raíz⁵². Esta referencia específica al uso y disposición del bien raíz, recoge una de las problemáticas más frecuentes del adulto mayor, que involucra al grupo familiar, quienes en ejercicio de un supuesto derecho sobre la propiedad –usualmente hereditario– la habitan o intentan disponer de ella, afectando al adulto mayor probablemente de manera más importante que a una persona que no tenga esa condición, toda vez que reconoce en ese espacio su entorno, su historia, sus recuerdos, razón por la cual no sólo puede presentarse una situación de riesgo a su integridad física, sino que también a su integridad psíquica. Igualmente, la sola consideración de la calidad de adulto mayor, permite comprenderlos dentro de aquellas víctimas que tengan una condición que haga a la persona más vulnerable y en función de ello el Tribunal debe cautelar especialmente.

Las medidas cautelares que consagra el artículo 92 de la Ley N°19.968 dan cuenta de una potestad cautelar amplia en virtud de la cual el juez debe proteger no sólo a la víctima, sino que también a su grupo familiar que puede no ser parte en el procedimiento, a través de la adopción de las medidas que estime necesarias, estén o no reglamentadas en la norma. Esta redacción era suficiente para comprender al adulto mayor víctima, sin embargo, el legislador optó por establecer en la enumeración de las medidas cautelares un numeral 8) que precisamente no contiene ninguna medida pero que, entendiendo el interés de enfatizar la necesidad de brindarle una adecuada protección, refiere como medida cautelar: Establecer medidas de protección para adultos mayores o personas afectadas por alguna incapacidad o discapacidad⁵³.

De los proyectos de ley que modificaban la Ley N°19.968, sólo el del Ejecutivo proponía especificar la medida contenida en el numeral 8 del art. 92, en el sentido de dotar al Tribunal de facultades especiales en el caso del adulto mayor abandonado que requiere de cuidados, proponiendo agregar a ese numeral, la posibilidad de decretar la medida de internación prevista en los artículos 130 y siguientes del Código Sanitario⁵⁴, respecto de los adultos mayores en situación de abandono, entendiendo por abandono el desamparo que afecte al adulto mayor que requiere de cuidados⁵⁵.

La Ley N°20.427, recogió parcialmente la propuesta del Ejecutivo, estableciendo que en el supuesto de situación de abandono entendido como el desamparo en que se encuentra el adulto mayor que requiere cuidados, el Tribunal podrá adoptar como medida cautelar la internación en alguno de los hogares e instituciones reconocidos por el Estado⁵⁶. Estos nuevos incisos fueron agregados al final del art.

92 en vez de a continuación del numeral 8), lo que se explica porque difiriendo de la intención del proyecto original, en la discusión se optó no por especificar la medida existente, sino que por consagrar una nueva medida cautelar a favor de los adultos mayores en situación de abandono⁵⁷, siendo entonces en este carácter y con esta ubicación dentro de la norma que se sometió a las posteriores votaciones⁵⁸.

El concepto de abandono planteado en el proyecto no fue mayormente discutido ni objeto de indicaciones durante la discusión en Sala o en Comisión. No obstante se intentó precisar la pertinencia de la intervención judicial planteándose, que la modificación propuesta no toma en cuenta que no todas las situaciones de abandono de adultos mayores se deben a un problema de violencia intrafamiliar, sino que también, la mayor parte de las veces, es ocasionada por la pobreza de los propios ancianos y de sus familias⁵⁹. En ese contexto, se planteó la necesidad de distinguir entre el abandono producto de violencia intrafamiliar y el abandono como un problema social, correspondiendo la judicialización sólo en el primer caso, sin embargo, no se efectuó indicación alguna en ese sentido.

El abandono implica dejar de hacer o bien el no haber hecho algo al que se estaba llamado⁶⁰, y dado que es el adulto mayor que requiere de cuidados quien sufre el abandono, es precisamente su cuidado el que se dejó de ejercer o no se ha ejercido, así se resolvió que la víctima se encuentra en estado de abandono por sus familiares directos, por cuanto no le han brindado los cuidados mínimos; de alimentación, higiene, médicos y habitacionales que requiere debido a su grave estado de salud (...) los ofensores han actuado (...) en una cuestionada pasividad, dejando a la víctima abandonada a "su suerte" (...) menoscabándola en su dignidad, colocándola en una situación de necesidad, de desamparo frente a sus requerimientos básicos, lo que constituye maltrato⁶¹. Conforme a esto, el abandono constituye una conducta omisiva, que podría ser constitutiva de violencia intrafamiliar, sancionándose al miembro del grupo familiar que no actuó cuando el adulto mayor requería de cuidados, así habiéndose acreditado violencia intrafamiliar en contra de la víctima, de aquella cometida por omisión, manifestada en el trato negligente y de total abandono de sus cuidadores, en el abuso de poder de quienes tienen el control de sus actos cotidianos, en la que sus agentes no expresen su conducta, pero su reprochable pasividad, no puede dejar de ser apreciado como un maltrato, como un menoscabo para la ofendida⁶².

De lo expuesto, se dice que el abandono, en el contexto de violencia intrafamiliar, presupone la existencia de dos sujetos en relación: una víctima y un ofensor, incurriendo éste en conductas omisivas respecto de aquél que configuran un maltrato que ocasiona daño, de modo que aquellas situaciones de adultos mayores en situación de abandono que no tienen familiares conocidos, importando igualmente una situación de necesidad y desamparo, no corresponde su conocimiento a los Juzgados de Familia como violencia intrafamiliar, ello sin perjuicio que pueda ser tratado como un caso social o de salud que amerite una intervención de esta naturaleza.

Las consecuencias del abandono constitutivo de violencia intrafamiliar, atendida la naturaleza de la conducta omisiva, son distintos al ocasionado por el maltrato físico o psicológico como conducta activa, toda vez que el daño comprende la

persona de la víctima y además su entorno, el que puede tornarse riesgoso e inseguro, o bien un obstáculo para requerir asistencia de las entidades sociales. Así se ha resuelto que las consecuencias de la negligencia como maltrato, implica que la víctima sufre de una ausencia o una insuficiencia crónica de cuidados ya sea físicos, médicos, afectivos y/o cognitivos. Siendo víctimas de una privación psico-afectiva permanente, así como de una falta de estimulación social y cultural necesaria para asegurarles un desarrollo socio-cognitivo adecuado e íntegro que les permita alcanzar el más alto nivel de vida⁶³. Por otra parte, las consecuencias del abandono son percibidas por la víctima en función de la persona del ofensor y del vínculo que los une, siendo la calidad de adulto mayor una condición que interfiere en esa percepción, amplificando el daño, así se ha resuelto que su condición de adulto mayor, etapa del ciclo vital en que, según los expertos en psicología del desarrollo, no es la más idónea para establecer nuevas relaciones personales, sino que es la etapa en la cual las relaciones preexistentes significan un contexto referencial de soporte. En tal sentido, la pérdida de relaciones interpersonales sólo puede ser ponderada (...) como perjudicial para su estabilidad y salud psicológica⁶⁴.

Finalmente, haré mención a sentencias que abordan de manera no usual una de las problemáticas más comunes en violencia intrafamiliar hacia el adulto mayor, que dice relación con los cuidados que uno de los familiares presta al adulto mayor, la forma en que éste se relaciona con sus cercanos y como al ser conocidas por el Tribunal de Alzada, pareciera primar el deber de protección a la víctima que impone la ley.

En la primera de ellas, la hija de la adulta mayor víctima denuncia que su madre no recibe los cuidados adecuados por parte de su hijo responsable de ellos, y que éste además le impide a la denunciante que ella ejerza esa labor. El Tribunal en la sentencia rechaza la demanda por estimar que no existe el maltrato de que habla la ley para tener por establecida la violencia intrafamiliar, que sí existe negligencia, pero ella es atribuible a la propia situación estresante que produce el cuidado de un adulto mayor postrado y con cierta pérdida de facultades mentales y al cuadro depresivo que atraviesa el demandado. Asimismo, no existen antecedentes que den cuenta de una diada violenta en que uno asume la posición de víctima y el otro de victimario⁶⁵. Sin embargo, resulta evidente que la hija demandante dispone de mejores condiciones para asumir el cuidado de su madre: La ley establece que el juez debe dar protección al adulto mayor y aun cuando el juez de familia no tiene facultades expresas para hacerse cargo de situaciones como la presente, no es menos cierto que el Estado de Chile ha adquirido el compromiso de respetar y hacer respetar los derechos humanos de los adultos mayores (...) por lo que no pueden dejar de adoptarse las medidas pertinentes por falta de ley que resuelva de manera directa el conflicto, si bien lo hace de manera indirecta (...) para preservar el derecho de la víctima a su integridad física y psíquica se establece que deberá quedar al cuidado de la requirente⁶⁶, y conforme a lo razonado resuelve que la víctima deberá quedar al cuidado de la demandante y que el demandado podrá visitarla conforme se establece en el propio fallo. Esta sentencia fue apelada y confirmada sin declaración por la Ilustrísima Corte de Apelaciones de Santiago.

En la segunda hipótesis el demandante refiere que no se le permite tener relación con su hermano adulto mayor discapacitado, y que este hecho ocasiona

un daño a la víctima. El juez en la sentencia tiene por acreditada la violencia intrafamiliar, entre otras consideraciones, por el hecho de que el buen trato no obsta a que en un aspecto determinado la conducta de los denunciados pueda ser calificada como violencia intrafamiliar psicológica en cuanto impide el ejercicio de los afectos y el adecuado desarrollo de las emociones de don G, a lo que tiene derecho⁶⁷. Asimismo, en la sentencia condenatoria regula el modo en que el demandante se relacionará con la víctima, fundado en lo dispuesto en el inciso final del artículo 9 de la Ley N°20.066, que alude a las facultades del juez para regular cualquier otra cuestión de familia sometida a su conocimiento por las partes, que en la especie es la solicitud del denunciante de tener un contacto frecuente y privado con su hermano⁶⁸. Esta sentencia fue apelada por los demandados y la Ilustrísima Corte de Apelaciones en conocimiento del recurso, la revocó en orden a estimar que los hechos denunciados no eran constitutivos de violencia intrafamiliar, sin embargo, fundado en que los beneficios que reporta a don AG, el ampliar sus vínculos personales, lo que redundará en la mejoría de su calidad de vida (...) y en virtud de lo dispuesto en el inciso final del artículo 9 de la Ley N°20.066, esta Corte confirmará lo dispuesto (...) en que se establece un régimen de vinculación entre los hermanos⁶⁹.

CONCLUSIONES

El adulto mayor en los términos que la ley concibe, se sitúa en una etapa del desarrollo vital en el que es más vulnerable tanto física como emocionalmente, circunstancia que facilita el ejercicio de violencia intrafamiliar, razón por la cual aparece plenamente justificado que se le considere especialmente en la regulación sustantiva y procedimental contenida al efecto en leyes especiales.

Las normas vigentes sobre esta materia, si bien pueden no ser del todo satisfactorias, permiten a la luz de los principios formativos del procedimiento de los Juzgados de Familia y la amplitud normativa de la Ley N°20.066 y leyes especiales, dar cumplimiento del deber que la ley encomienda al juez de Familia en orden a dar protección a la víctima, circunstancia que en el caso de los adultos mayores adquiere aún mayor importancia, toda vez que la violencia hacia éstos se tiñe de elementos que no concurren en la violencia de pareja y que se asimilan más a un procedimiento de vulneración de derechos, en el que se procura reparar, restablecer y mantener en lo posible el vínculo familiar, más que intentar el alejamiento del agresor y facilitar la creación de nuevos vínculos. En este contexto, la sanción de la violencia intrafamiliar resulta relevante para la víctima, no en cuanto a la pena pecuniaria, sino que en las medidas accesorias que - en su proyección del carácter cautelar del procedimiento-, permiten procurar las condiciones para mantener -en la medida de lo posible- al adulto mayor inserto en su dinámica familiar histórica, superando las condiciones que facilitaron el ejercicio de dinámicas violentas y contribuyendo de este modo a una conclusión de su historia vital, coherente y enmarcada en las exigencias mínimas que impone un estatuto de derechos fundamentales.

NOTAS AL CAPÍTULO 4

1. Así el artículo 27 del Código Civil define los conceptos de infante e impúber. Por su parte, el artículo 16 de la Ley N°19.968 define los conceptos de niño y adolescente.
2. El artículo 224 del Código Civil alude al concepto de ancianidad. El art. 456 bis del Código Penal establece como agravante el que la víctima sea anciano.
3. Ley N°19.828, publicada en el Diario Oficial el 27 de septiembre de 2002.
4. Art. 1 de la Ley N°19.828.
5. Ley N°19.968, publicada en el Diario Oficial el 30 de agosto de 2004. Art. 92 N°8.
6. Ley N°20.427, publicada en el Diario Oficial el 18 de marzo de 2010 y que introduce modificaciones a la Ley N°20.066, 19.968 y Código Penal.
7. El texto aprobado no acogió las propuestas en orden a tipificar como delito el maltrato del adulto mayor por parte de su cuidador, establecer como una hipótesis de delito de maltrato habitual el abandono del adulto mayor, eliminar la exención de responsabilidad penal por la omisión de la denuncia respecto de los parientes del agresor e incluir en la definición de violencia intrafamiliar el abuso económico o patrimonial, y el abandono o abuso omisivo.
8. La Ley N°19.324 contemporánea de la Ley N°19.325 sobre violencia intrafamiliar, al modificar el artículo 62 de la Ley N°16.618, establece expresamente que el maltrato puede provenir de una acción u omisión. Del mismo modo se ha establecido en la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia en contra de la Mujer (arts. 1 y 2) y Convención de los Derechos del Niño (art. 19), entre otros instrumentos internacionales.
9. Definición y Tipificación del Maltrato al Adulto Mayor, en Chile. Senama. Recuperado el 22 de octubre de 2013, a las 22:14 hrs de <http://www.senama.cl/filesapp/1288.pdf>.
10. Es importante recalcar que si bien fue motivo de discusión legislativa, la norma no exige que víctima y agresor compartan un mismo domicilio o vivan bajo un mismo techo, puesto que es la relación y los sentimientos asociados a ésta la que facilitan el ejercicio y la mantención de una dinámica relacional basada en la violencia.
11. Sentencia de 7 de agosto de 2012, Rit F 3781-2012, Centro de Medidas Cautelares de los Juzgados de Familia de Santiago.
12. Ley N°20.422 publicada en el Diario Oficial de 10 de febrero de 2010 define: Persona con discapacidad es aquella que teniendo una o más deficiencias físicas, mentales, sea por causa psíquica o intelectual, o sensoriales, de carácter temporal o permanente, al interactuar con diversas barreras presentes en el entorno, ve impedida o restringida su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (art. 5).
13. Ley N°20.422, art. 6: e) Dependencia: El estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de una o más deficiencias de causa física, mental o sensorial, ligadas a la falta o pérdida de autonomía, requieren de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar las actividades de la vida.
14. Un estudio indica que 24% de la población adulta mayor requiere de la ayuda de otros en su vida cotidiana y la mitad de ellos tiene un grado de dependencia severo. En el mismo sentido refiere que los cuidadores son los hijos (36,1%), cónyuges (27,9%), yernos o nueras (13,3%), nietos y no familiares (7%), hermanos y servicio doméstico (1,6%). Fuente: Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores. Senama. 2010.
15. El Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores (Senama, 2010) establece que de los cuidadores 36,1% corresponde a hijos, 27,9% a cónyuges, 13,3% a yernos o nueras, 7% a nietos, 1,6% a hermanos, 7% a no familiares y 1,6% a servicio doméstico, de estos cuidadores el 85,6% son mujeres.

16. Estudio Nacional de la Dependencia en las personas Mayores, Senama (2010). Recuperado el 28 de octubre de 2013, a las 10:04 hrs, de http://www.senama.cl/filesapp/Estudio_dependencia.pdf.
17. Durante el primer semestre de 2012 de las 6.747 causas por violencia intrafamiliar ingresadas en el Centro de Medidas Cautelares de los Juzgados de Familia de Santiago, 441 tenían como víctima a un adulto mayor y de esas 102 habían sido iniciadas por un tercero (23%). En tanto que durante el primer semestre de 2013 se ingresaron las mismas 6.747 causas, de las cuales 377 tenían como víctima a un adulto mayor y 98 habían sido iniciadas por un tercero (25,9%). Fuente: Estadísticas Centro de Medidas Cautelares de los Juzgados de Familia de Santiago.
18. No hay estadísticas oficiales respecto de este porcentaje.
19. La demanda, debe cumplir requisitos formales, entre otros, la individualización de los intervinientes en el proceso y una narración circunstanciada de los hechos (Art. 86 de la Ley N°19.968), en tanto que la denuncia no exige más que la narración de los hechos (Art. 87 de la Ley N°19.968). De los ingresos de violencia intrafamiliar hacia adulto mayor en el Centro de Medidas Cautelares de los Juzgados de Familia de Santiago, durante el primer semestre de 2012, 65,5% (289 ingresos) fue por denuncia del propio adulto mayor, porcentaje que en el mismo período de 2013 ascendió a 65,7% (248 ingresos). Fuente: Estadísticas Centro de Medidas Cautelares de los Juzgados de Familia.
20. La norma limita el parentesco para efectos de la demanda, de modo que un colateral que no esté al cuidado del adulto mayor no puede deducir demanda a favor de éste, aunque si podría hacer una denuncia en calidad de tercero que tenga conocimiento directo de los hechos.
21. Art. 84 de la Ley N°19.968 en relación al artículo 175 del Código Procesal Penal.
22. Art. 175 Código Procesal Penal.
23. Lo expuesto respecto de la concepción de la violencia intrafamiliar como un hecho privado por parte de la víctima, se hace evidente en las denuncias obligatorias, toda vez que es usual que la denuncia de los profesionales provoque un quiebre de la confianza del adulto mayor víctima, lo que podría importar la limitación del seguimiento del caso.
24. Art 84 de la Ley N°19.968.
25. Art. 175 Código Procesal Penal, art. 494 Código Penal.
26. El proyecto del Ejecutivo tendiente a modificar la Ley N°19.968, a fin de incentivar la denuncia, propuso mantener la exención de la obligación de denunciar sólo en el caso de responsabilidad penal propia y no de los parientes cercanos, propuesta que finalmente fue desechada por la Comisión de Constitución, Legislación y Justicia, estimando que la necesidad de protección de las víctimas de violencia intrafamiliar, no puede vulnerar la garantía constitucional que prohíbe obligar a una persona a declarar contra sus ascendientes, descendientes y cónyuges en una causa criminal (19 N°7 f Constitución Política de la República).
27. Ley N°19.968, Art. 82: La denuncia, además, podrá hacerse por cualquier persona que tenga conocimiento directo de los hechos que la motiven, a quien le será aplicable lo establecido en el artículo 178 del Código Procesal Penal. Esta redacción es confusa y poco afortunada, toda vez que alude a quienes pueden demandar y denunciar y separado por un punto seguido se refiere a aquellos que sólo pueden denunciar, a quien le será aplicable la limitación de la norma procesal penal, así pareciera que ésta se impone sólo a los denunciantes sin vínculo para demandar y no a todos los denunciantes. Sin embargo, esta interpretación no es coherente con:
 - a) la naturaleza jurídica de la denuncia como una actuación tendiente a dar noticia, no el ejercicio de una acción que confiera derechos en el proceso ni atribuya la calidad de parte,
 - b) las actas de la discusión legislativa, en que se planteó una redacción más clara en este sentido y
 - c) el inciso final del artículo 82, que otorga expresamente la calidad de parte en el proceso a la víctima que denuncia, en el entendido que esta circunstancia constituye la excepción y no la regla general, tal y como ocurre en el proceso penal.
28. Art 91 de la Ley N°19.968.

29. Art 82 inciso final, Ley Nº19.968.
30. Sobre este punto hay que destacar que la relación víctima/agresor, al situarse dentro de una dinámica maltratadora, hace que esta relación se equilibre en función del maltrato que se mantiene oculto, de modo que su denuncia importa un quiebre de este equilibrio, provocando una crisis, que puede llevar a que el agresor impida el emplazamiento de la víctima, impedir que asista a la audiencia o bien tomar represalias en su contra o en contra del denunciante y el grupo familiar.
31. Art 91 de la Ley Nº19.968.
32. Art. 18 de la Ley Nº19.968.
33. Senama ha suscrito convenios con la Corporación de Asistencia Judicial y algunas Clínicas Jurídicas con el objeto de prestar asesoría jurídica especializada a los adultos mayores.
34. Esta situación será explicada con detalle al tratar la ratificación de la denuncia.
35. El art. 19 de la Ley Nº19.968 reglamenta esta figura en los procedimientos de familia, cuya designación por parte del juez se justifica en la necesidad de velar por la debida representación de los intereses de los menores de edad o incapaces que se vean involucrados en los procedimientos de familia, cualquiera sea su naturaleza, particularmente cuando carezcan de representantes legales o bien sus intereses sean independientes o contradictorios con el de aquel a quien corresponda legalmente su representación, de modo que la persona así designada será curador ad litem por el solo ministerio de la ley y su representación se extenderá a todas las actuaciones judiciales dentro del proceso.
36. Código Civil, art. 1446.
37. El art. 1447 del Código Civil establece que "son absolutamente incapaces los dementes, los im-púberes y los sordos o sordomudos que no pueden darse a entender claramente (...) Son también incapaces los menores adultos y los disipadores que se hallen en interdicción de administrar lo suyo".
38. Ley Nº18.600, publicada en el Diario Oficial el 19 de febrero de 1987, modificada por la Ley Nº19.735 publicada en el Diario Oficial el 22 de mayo de 2001. Persona con discapacidad mental (...) aquella que, como consecuencia de una o más limitaciones síquicas, congénitas o adquiridas, previsiblemente de carácter permanente y con independencia de la causa que las hubiera originado, vea obstaculizada, en a lo menos un tercio, su capacidad educativa, laboral o de integración social (art. 2). Si bien este concepto orienta la mirada a los derechos del discapacitado, más que a los efectos patrimoniales de sus actos, no significa que estos no sean regulados, de hecho la discapacidad mental certificada e inscrita en el Registro Nacional de la Discapacidad, habilita a la declaración de interdicción definitiva.
39. Ley Nº18.600, art. 4 establece: "Cuando la discapacidad mental de una persona se haya inscrito en el Registro Nacional de la Discapacidad, su padre o madre podrá solicitar al juez que, con el mérito de la certificación vigente de la discapacidad (...) y previa audiencia de la persona con discapacidad, decrete la interdicción definitiva por demencia y nombre curador definitivo al padre o madre que la tuviera bajo su cuidado permanente. La curaduría también puede deferirse a otros parientes que regula la norma".
40. En esta hipótesis tenemos al adulto mayor con incapacidad o discapacidad mental sujeto a interdicción con un curador encargado de su representación que podría ser el agresor de violencia intrafamiliar hacia el adulto mayor o bien conocer y tolerar el maltrato.
41. El art 91 de la Ley Nº19.968 desde su redacción originaria establece la facultad y no la obligación de recoger el testimonio del tercero denunciante, lo que no reviste el carácter de acto jurídico procesal vinculante. En el mismo sentido, la redacción actual de la Ley Nº19.968 al reglamentar la audiencia preparatoria del procedimiento ordinario, elimina la exigencia de ratificación de la demanda y la sustituye por una enunciación breve y sintética de la misma, siendo este procedimiento supletorio de los procedimientos especiales, particularmente el de violencia intrafamiliar en el que no se reglamenta con detalle el desarrollo de la audiencia.

Finalmente, no obstante expondré con detalle, la ratificación como requisito para dar curso progresivo al procedimiento - que no está reglamentada expresamente-, no resulta coherente con la ineficacia jurídica que -salvo excepción expresamente regulada- se atribuye a la voluntad de la misma víctima en orden a ponerle término (art 100 de la Ley N°19.968).

42. El artículo 21 de la Ley N°19.968, establece que si el denunciante o demandante no solicita nuevo día y hora dentro de quinto día, el Tribunal decretará el archivo provisional de los antecedentes, pudiendo la parte solicitar su reapertura en cualquier momento dentro del año siguiente a dicha resolución, de no hacerlo se resolverá el abandono del procedimiento y se dejarán sin efecto las medidas cautelares decretadas. Sin embargo, en el caso de los adultos mayores víctimas de violencia intrafamiliar denunciada por un tercero, esta no comparecencia incluso puede dar plausibilidad a los hechos denunciados, particularmente cuando se trata de adultos mayores con autonomía disminuida o discapacidad, o los casos en que el contenido de la denuncia sea la situación de incomunicación, limitación del desplazamiento y abandono de la víctima. En este contexto, cobra especial importancia el modo en que se dio cumplimiento al deber de poner en conocimiento de la víctima la demanda o denuncia del tercero (art. 91 de la Ley N°19.968), toda vez que el mérito de esta actuación, el contenido de la denuncia y la incomparecencia de la víctima, podrían configurar un factor de riesgo, que amerite la adopción de alguna medida cautelar, lo que obstaría a la aplicación inmediata de la norma que exige entregar al afectado, la responsabilidad de solicitar un nuevo agendamiento de audiencia, bajo apercibimiento de decretar su archivo provisional.
43. Sobre esto ha de estarse a lo expuesto respecto de la comparecencia en juicio.
44. Situación distinta es la prueba de la que puede disponer el Tribunal para acreditar los hechos denunciados, dejando a salvo la facultad del Tribunal para decretar prueba, entre ellas la remisión de informes o evaluaciones pre existentes o testimonios de profesionales entre otras, que le permitan formar convicción en orden a la calificación de los hechos como constitutivos o no de violencia intrafamiliar.
45. Ley N°19.968, artículos 96, 98 y 100.
46. Art. 100 de la Ley N°19.968. Esta es una de las pocas hipótesis en que el informe del Consejo Técnico es obligatorio.
47. Ley N°20.066, publicada en el diario oficial el 7 de octubre de 2005. Art. 8.
48. Arts. 22 y 92 de la Ley N°19.968.
49. Art. 9 de la Ley N°20.066.
50. Art. 7 de la Ley N°20.066.
51. La norma alude en términos generales a los parientes del artículo 5, cuya amplitud para los efectos de la violencia intrafamiliar se supedita a la situación de dependencia del adulto mayor, de modo que debería seguirse mismo criterio al momento de determinar si se configura el presupuesto del riesgo inminente.
52. El proyecto refundido proponía que, en los casos en que la víctima sea un adulto mayor, el Tribunal debería brindar especial protección, lo que fue objeto de una indicación en orden a agregar un párrafo en el que se tratara la situación del adulto mayor que fuera privado o limitado en el uso del inmueble del que es dueño o poseedor, aprobándose la indicación y eliminándose la propuesta general.
53. A diferencia del artículo 19 de la Ley N°19.968 en el que a propósito de la designación de curador ad litem, se alude sólo a la incapacidad, interpretando que este concepto también comprendía la discapacidad mental, aquí la norma utiliza expresamente el concepto de discapacidad, de modo que se extiende a las otras hipótesis de discapacidad reglamentadas en la ley.
54. Esta internación se reservaba para la hipótesis de enfermos mentales, alcohólicos o dependientes de otras drogas o sustancias, quienes eran internados en establecimientos hospitalarios, porque a la época del proyecto no se contaba con residencias para adultos mayores sostenidas

con fondos públicos, situación que había variado a la época de la discusión final, y en el presupuesto de 2010 se destinaron recursos a Senama para financiar diez establecimientos de larga estadía para adultos mayores, lo que justificó la indicación parlamentaria a fin de proponer la redacción actual.

55. Resulta interesante señalar que la cuarta moción parlamentaria definía el abandono como dejar en el desamparo al adulto mayor (pp 9), con lo que se aludía a un tercero que era el que dejaba en abandono, de modo que no se configuraría la hipótesis en el caso de no existencia de familiares o de autonegligencia.
56. Los establecimientos de larga estadía para adultos mayores se encuentran reglamentados en el Decreto 14 del Ministerio de Salud de 5 de agosto de 2010.
57. Historia de la Ley N°20.427. Modifica la Ley N°20.066, de violencia intrafamiliar, y otros cuerpos legales para incluir el maltrato del adulto mayor en la legislación nacional. Pp 138. Recuperado de http://www.leychile.cl/Consulta/portada_hl?tipo_norma=XX1&nro_ley=20.427&anio=2013.
58. Las medidas cautelares al ser temporales, pueden ser mantenidas en carácter de medidas accesorias en el caso de dictarse sentencia condenatoria, existiendo correspondencia entre las medidas cautelares enumeradas y las medidas accesorias, no así en el caso de la internación, la que conforme la redacción del artículo 9 de la Ley N°20.066 no podría ser decretada en carácter de accesoria, sin perjuicio que administrativamente y cumpliéndose los requisitos se pueda mantener esa internación, aunque no en carácter de judicial.
59. Historia de la Ley N°20.427. Op. Cit. Pp 141.
60. Código Penal, artículos 230, 330 y 346.
61. Sentencia de 1 de marzo de 2013. Rit F1266-2013, Centro de Medidas Cautelares de los Juzgados de Familia de Santiago, confirmada por la ltma Corte de Apelaciones de Santiago el 3 de mayo de 2013.
62. ibíd.
63. Sentencia de 28 de junio de 2013. Rit F56-2013 del Juzgado de Familia de Punta Arenas.
64. Sentencia de 16 de abril de 2012. Rit F 13692-2011. Centro de Medidas Cautelares de los Juzgados de Familia de Santiago.
65. Sentencia de 17 de octubre de 2011. Rit F 1417-2011. Juzgado de Familia de Pudahuel.
66. Ibid.
67. Sentencia de 16 de abril de 2012. Rit F 13692-2011. Centro de Medidas Cautelares de los Juzgados de Familia de Santiago. Para mantener el anonimato se denomina a los individuos del caso con una letra identificatoria.
68. Ibid.
69. Sentencia de 26 de octubre de 2012. Rol 796-12. ltma Corte de Apelaciones de Santiago.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- » Código Civil de la República de Chile.
- » Código Procesal Penal.
- » Código Penal.

- » Constitución Política de la República de Chile.
- » Decreto 14 del Ministerio de Salud. Aprueba reglamento de establecimientos de larga estadía para adultos mayores. Publicado el 5 de agosto de 2010.
- » Definición y Tipificación del Maltrato al Adulto Mayor, en Chile. Senama. Recuperado de <http://www.senama.cl/filesapp/1288.pdf>.
- » Historia de la Ley N°20.427. Modifica la Ley N°20.066, de violencia intrafamiliar, y otros cuerpos legales para incluir el maltrato del adulto mayor en la legislación nacional.
- » Ley N°18.600. Establece normas sobre deficientes mentales. Publicada el 19 de febrero de 1987.
- » Ley N°19.735. Modifica la Ley N°18.600, estableciendo nuevas normas sobre los discapacitados mentales. Publicada en el Diario Oficial el 22 de junio de 2001.
- » Ley N°19.828. Crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor. Publicada en el Diario Oficial el 27 de septiembre de 2002.
- » Ley N°19.968. Crea los Tribunales de Familia. Publicada en el Diario Oficial el 30 de agosto de 2004.
- » Ley N°20.066. Establece Ley de Violencia Intrafamiliar. Publicada en el diario oficial el 7 de octubre de 2005.
- » Ley N°20.422. Establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad. Publicada en el Diario Oficial de 10 de febrero de 2010.
- » Ley N°20.427. Modifica la Ley N°20.066, de violencia intrafamiliar, y otros cuerpos legales para incluir el maltrato del adulto mayor en la legislación nacional. Publicada en el Diario Oficial el 18 de marzo de 2010.
- » Senama. (2010). Estudio Nacional de la Dependencia en las personas Mayores. Recuperado de http://www.senama.cl/filesapp/Estudio_dependencia.pdf
- » Sentencia de 26 de octubre de 2010. Rol 796-12. Iltma Corte de Apelaciones de Santiago.
- » Sentencia de 16 de octubre de 2011. Rit F 1417-2011. Juzgado de Familia de Pudahuel.
- » Sentencia de 16 de abril de 2012. Rit F 13692-2011. Centro de Medidas Cautelares de los Juzgados de Familia de Santiago.
- » Sentencia de 7 de agosto de 2012. Rit F 3781-2012. Centro de Medidas Cautelares de los Juzgados de Familia de Santiago.

- » Sentencia de 1 de marzo de 2013. Rit F1266-2013. Centro de Medidas Cautelares de los Juzgados de Familia de Santiago.
- » Sentencia de 28 de junio de 2013. Rit F56-2013. Juzgado de Familia de Punta Arenas.

REFLEXIONES EPISTEMOLÓGICAS EN LA INVESTIGACIÓN DEL MALTRATO SOCIETAL

Marcelo Piña Morán

RESUMEN

El artículo se centra en describir la relevancia del envejecimiento y la cultura en el análisis de los roles sociales de las personas mayores, como una de las dimensiones del maltrato societal. Se mencionan antecedentes históricos de la vejez; resultados preliminares y generales de un proyecto Fondecyt¹; y se concluye con algunas reflexiones epistemológicas de la investigación social, como base para el desarrollo de intervenciones en gerontología social.

INTRODUCCIÓN

Según Frank Glendenning, la negligencia y malos tratos a las personas mayores no son un tema nuevo. Lo novedoso es el examen que se ha ido realizando desde fines de los años setenta, con la finalidad de estudiar por qué ocurren. Respecto de las definiciones: "Durante la década de los ochenta se han utilizado muchas definiciones de la negligencia y el maltrato a ancianos, y existe un reconocimiento generalizado de que dichas definiciones carecen de claridad y precisión (Hudson, 1988; Pillemer & Finkelhor, 1988; Wolf, 1988; Filinson, 1989; Stevenson, 1989; Wolf & Pillemer, 1989; Bennett, 1990a; McCreddie, 1991). Una dificultad evidente la constituye el hecho de que los investigadores han enfocado los malos tratos desde diferentes perspectivas: la víctima, el médico, el cuidador, la enfermera, el organismo, el asistente social, la política comunitaria; en consecuencia, hay falta de claridad" (Glendenning, 2000, p. 22).

Desde la perspectiva de la interacción social, se considera un proceso que se genera al menos entre dos sujetos, que ocurre en el tiempo, que está conformada por fases interrelacionadas y flexibles, y que además requiere de una negociación y renegociación permanente para generar consensos de trabajo. "Esto tiene que ver con los procesos cognitivos, la adopción e improvisación de roles y su atribución y consolidación, la reciprocidad y la compatibilidad. Cuando se produce un desfase surge la posibilidad de entrar en conflicto y terminar la relación. En tal contexto, el maltrato a ancianos puede conceptualizarse como una asunción y un ejercicio inapropiados e inadecuados de los roles" (Glendenning, 2000, p. 46).

El maltrato a las personas mayores continuará en la medida que existan los prejuicios y la violencia contra la vejez. Los malos tratos son el producto de la interacción permanente de valores, prioridades y tareas de los individuos, sus familias y la sociedad en su conjunto. Es relevante prestar atención a los factores que influyen en el maltrato, tales como: pobreza y desempleo, carencia de recursos sociales, hedonismo personal y dificultades en el ciclo de vida familiar. En este sentido, se puede mencionar el maltrato estructural o societario, definido como: "aquel que ocurre desde y en las estructuras de la sociedad mediante normas legales, sociales, culturales y económicas que actúan como trasfondo de todas las otras formas de maltrato existente" (Senama, 2005, p. 4). Este artículo se centra en el tema de los roles sociales de las personas mayores, como una categoría de análisis del maltrato societal, situado en el contexto del envejecimiento y la cultura.

Al respecto, se puede señalar que la percepción social de las personas es influida por la sociedad en la cual se encuentran insertas. El envejecimiento es un fenómeno natural y se refiere a un proceso gradual de cambios y transformaciones de orden biológico, psicológico y social que ocurren en el transcurso del tiempo. El envejecimiento social se refiere a los hábitos, papeles y relaciones en este ámbito, pues a medida que las personas envejecen cronológica, biológica y psicológicamente sus funciones y relaciones sociales también se alteran.

Siendo la vejez un hecho biológico y una construcción social, es importante señalar que la ancianidad es un concepto básicamente cultural. Todo ser biológico envejece y aparecen deterioros físicos, pero esta situación no se relaciona con una determinada edad biográfica, símbolos específicos o un espacio social universal; cada cultura, según la cosmovisión imperante, define quién es anciano al margen de dolencias y deterioros físicos. Un ejemplo es el siguiente: "Entre diversos pueblos indígenas americanos, un anciano es el individuo que sobrevive cuando ya han muerto la mayoría de miembros de su grupo de edad, con los que atravesó los ritos iniciáticos (lo cual tiene que ver con sus relaciones sociales); en los países occidentales es considerada anciana, la persona que está jubilada (lo que tiene que ver con una legislación laboral, dado que el trabajo es el factor central en la vida de los occidentales, especialmente de los hombres); en algunas sociedades africanas se tiene por anciano el individuo que por razones de edad, ya ha perdido algunos dientes y tiene dificultad para masticar, etc." (Fericgla, 1999, p. 5).

Respecto del concepto de cultura, Clifford Geertz —al igual que Max Weber— plantea que el hombre es un animal inserto en tramas de significación que él mismo ha creado, considera que el análisis de la cultura ha de ser una ciencia interpretativa en busca de significaciones. Desde esta visión y con el objeto de profundizar en el tema de las significaciones socioculturales, a continuación se presenta una síntesis respecto de la historia de la vejez y se incluyen antecedentes de los roles sociales de las personas mayores en el contexto actual.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA VEJEZ

El libro *Historia de la Vejez: de la Antigüedad al Renacimiento*, de Minois, se estructura a partir de visiones encontradas en textos literarios, filosóficos, re-

ligiosos, entre otros. A través de un análisis descriptivo, desentraña los niveles de reconocimiento que los viejos recibieron en los diferentes contextos sociales. Se conceptualiza a la vejez como “un término que casi siempre estremece, una palabra cargada de inquietud, de fragilidad; a veces de angustia. Sin embargo, un término impreciso, cuyo sentido sigue siendo vago; una realidad difícil de delimitar” (Minois, 1987, p. 13). Este concepto será visualizado a partir de las distintas civilizaciones que se exponen en su libro², aclarando que no se trata de una concepción lineal, sino más bien de distintas ópticas y contextos.

En las civilizaciones antiguas, los niveles de envejecimiento de la población son mínimos, principalmente por las precarias condiciones alimenticias en la que se encuentran los pueblos de la época. Los viejos están sujetos a la abundancia de recursos de su comunidad, de lo contrario estos debían ser abandonados. En este contexto la prolongación de la vejez es entendida como un hecho sobrenatural, extraordinario y una protección evidentemente divina, lo que explicaría su poder político en los pueblos primitivos.

Dentro de las sociedades mencionadas por Minois, los Incas eran un pueblo considerado dentro de aquellos con mayor organización social. Establecían que toda la población tenía una función que realizar, situación que incluía a los ancianos acorde a sus posibilidades físicas. También existía una responsabilidad social por parte del pueblo hacia los ancianos, no evidenciándose el abandono como una práctica asociada a la vejez. Sin embargo, se prohibía determinantemente el ocio y la mendicidad mientras se contara con las condiciones físicas para realizar tareas determinadas, de lo contrario eran fuertemente castigados.

Según Simone de Beauvoir los Incas en un siglo conquistaron y perdieron un imperio. “Sin embargo, su civilización era representativa y descansaba en tradiciones orales. Entre las civilizaciones arcaicas es una de las que se conoce mejor. Es interesante ver el lugar que ocupaban en ella los viejos” (Beauvoir, 1973, p. 90). Algunas de sus características eran las siguientes: tenían costumbres brutales, pero unas técnicas y organización social muy desarrolladas. Los hombres ocupaban gran parte de su tiempo guerreando y trataban de forma salvaje a sus prisioneros. Eran notables agricultores, abonaban el suelo con guano, cultivaban patata, maíz, cereales y profusión de plantas. También explotaban minas de oro, plomo y mercurio.

Lo más relevante de esta civilización es que existía el empleo completo. Desde los cinco años todos debían desarrollar alguna función. Los hombres y las mujeres estaban distribuidos en diez clases distintas. En nueve de éstas la agrupación era por edad y la décima estaba conformada por todos los inválidos. Cada una de las categorías tenía definidas sus tareas y debía servir adecuadamente a la comunidad, la más respetada era la de los guerreros de 25 a 50 años de edad. “Estaban al servicio del rey y de los señores; algunos eran enviados a las minas. Se casaban hacia los 35 años; las mujeres hacia los 33. Antes de los 25 años se debía obediencia a los padres, había que asistirlos, servir a los caciques. A partir de los 9 años las niñas y las muchachas servían a sus familias, tejían, cuidaban los rebaños” (Beauvoir, 1973, p. 91). La edad no implicaba suprimir la obligación de trabajar. Después de los 50 años los hombres debían ser eximidos del servicio militar y de todas las actividades consideradas penosas. Conservaban su autoridad en la fa-

milia. Sin embargo, debían trabajar en la casa de su jefe y también en los campos. Las mujeres de más de 50 años se dedicaban a tejer ropas para la comunidad; al servicio de las mujeres ricas en funciones como guardianas y cocineras.

A los 80 años los hombres estaban sordos y se dedicaban a comer y dormir, pero también eran utilizados en actividades como fabricación de cuerdas y tapices, guardar las casas, criar conejos y patos, recoger hojas y paja. Las mujeres hilaban y tejían, guardaban casas, ayudaban en la crianza de los niños, continuaban sirviendo a las mujeres ricas y vigilando a las criadas jóvenes. Cuando tenían campos no tenían carencias, en caso contrario recibían limosnas. A los hombres también se les entregaba comida y ropas, cuidaban las cabras y si se enfermaban los cuidaban. "De un modo general, los hombres de edad eran temidos, honrados y obedecidos. Podían aconsejar, enseñar, dar buenos ejemplos, predicar el bien, ayudar al servicio del dios. Servían de guardianes a las mujeres jóvenes. Tenían el derecho de azotar a los muchachos y las muchachas, si no eran dóciles" (Beauvoir, 1973, p. 91).

Por otro lado, respecto de los egipcios, Heródoto plantea que "los viejos egipcios no son abandonados, pues la costumbre obliga a las hijas a cuidar de sus padres. Si los hijos varones no quieren alimentar a su padre ni a su madre, no se los obliga a ello; pero las hijas sí son obligadas, incluso aunque no quieran" (Minois, 1987, pp. 42-43). Esta situación expresa roles asignados a las mujeres egipcias en la sociedad. En este punto se puede destacar que si bien el valor asignado a la vejez varía según las sociedades, no por ello deja de ser un hecho transhistórico que conlleva un cierto número de reacciones idénticas.

A su vez, los hebreos (considerando los textos más antiguos) identificaban un papel relevante para los ancianos, siendo considerados "portadores de un espíritu divino, investidos de una misión sagrada, guías del pueblo." (Minois; 1987, p. 47). Luego, en la época de los jueces, se evidencia una disminución de su posicionamiento social para avanzar hacia una degradación progresiva de la imagen de la vejez. Esto es visualizado a partir de los conflictos generacionales presentes como consecuencia del lugar ocupado por los ancianos en los sitios de poder. En este contexto, a partir del siglo V se aprecia que la autoridad de los viejos va a ser cuestionada. Es un período en el que se considera que la sabiduría no está ligada a la edad y no existe tal protección divina expresada en la longevidad, así "el que sigue el camino de la sabiduría es sabio desde su juventud, y no le es indispensable una larga experiencia (Sb, 8, 8)" (Minois; 1987, p. 61).

En el mundo hebreo se evidencia la responsabilidad filial con los padres, aún cuando se debe reconocer que aquellos que no tenían familia estaban expuestos al abandono y a la mendicidad. Principalmente se rescata que comienza el proceso de desligar la vejez de lo sagrado, terrenalizándolo y caracterizándolo por la pérdida de salud física, pero principalmente a la espera de la muerte. En este aspecto, se aprecia una ambigüedad en cuanto a la percepción del anciano en el mundo hebreo, ya que "al mismo tiempo que perdía su prestigio en la sociedad humana, entraba simbólicamente en la eternidad como personificación de la sabiduría y la perennidad divinas. Y no será esta la última de las transformaciones de esta etapa de la vida, condenada a una perpetua ambigüedad." (Minois, 1987, pp. 62-63).

Respecto de la sociedad judía, ésta ha dado un espacio significativo a las personas ancianas. Los antiguos escritos visibilizaron la consideración y privilegios adquiridos por los ancianos, en este sentido “entre los observantes de la Tora, el anciano debía conservar una parte de su aureola antigua, y su dignidad crecía por ello. Por el contrario, en el mundo cristiano, basado sobre todo en el Nuevo Testamento, en el que los viejos sólo ocupan un lugar insignificante, se caerá con más facilidad en la indiferencia o el desprecio con respecto a los viejos. Tanto más cuanto el cristianismo va a heredar también la tradición grecorromana, dura con los ancianos.” (Minois, 1987. pp. 65-66).

Para la civilización griega la vejez era considerada como una maldición, ya que históricamente se les ha ligado a una cultura que apunta hacia la perfección de la belleza humana. En este sentido la vejez genera rechazo, situando incluso a la muerte como primera opción, ya que la decrepitud quita a los hombres su condición heroica. Al respeto cabe mencionar que “el mundo homérico no es un mundo de ancianos; es un mundo heroico, y los héroes son los jóvenes, los combatientes..... Todos estos venerables ancianos, a los que generalmente se escucha con respeto, son antiguos héroes, y se les venera precisamente por esto, mucho más que por su edad.” (Minois, 1987, pp. 70-71). Es por ello que se insiste que la función de los ancianos estaría dada sólo por su papel consultivo y además se destaca que “los viejos de origen modesto, es más fácil encontrarlos mendigando por los caminos que en puestos de honor en las ciudades. Incluso los viejos héroes no son ya siempre viejos gloriosos (...)” (Minois, 1987, pp. 71-72).

Las relaciones intergeneracionales griegas pueden ser visualizadas en la literatura trágica, expresándose a modo de ejemplo en un contexto educativo aristocrático lo siguiente: “en estos círculos tan restringidos, el anciano sólo puede ser digno o venerable; su experiencia política le convierte en un inapreciable consejero, al que se consulta y se escucha” (Minois, 1987, p. 74). Sin embargo, “este papel social no hace olvidar el drama personal que constituye la vejez. Junto al cliché halagüeño del viejo sabio, encontramos las figuras lamentables de ancianos decrepitos y dolientes y éstas desdibujan aquél.” (Minois, 1987, p. 75).

En la historia y literatura griega hay numerosos ecos de los conflictos que opusieron los jóvenes a los viejos. En este sentido, es relevante mencionar que en las diversas variantes de sucesos míticos: “La idea general que inspiró estos relatos: los antiguos dioses, al envejecer se vuelven cada vez más malos y perversos, o por lo menos su maldad tiránica es cada vez más intolerable y terminan por provocar una sublevación que los derroca. En adelante casi todos los dioses que reinan en el mundo son jóvenes. Las únicas excepciones son Caronte, el nauclero de los Infiernos a quien los griegos le representaban como un viejo feo o por lo menos taciturno; y algunas divinidades marinas: Nereo, “el viejo del mar”, hijo de Pontos y de Gea, bueno y silencioso; su hijo Forcis, “anciano que gobierna las aguas” dice Homero; Proteo, “el viejo del mar”, hijo de Urano y Tetis” (Beauvoir, 1973, p. 116).

En tanto, los autores de la comedia griega agudizarán aún más la imagen presentada por los literatos trágicos, ridiculizándolos a través de aquellas características asociadas a la vejez. El único viejo no ridículo es aquél que no hace nada, ni come, ni bebe, ni se acuesta con mujeres. “Como intente “vivir” es considerado

repugnante o ridículo." (Minois, 1987, p. 77). Se evidencia que en la sociedad griega no existe un sitio privilegiado para los ancianos. Son receptores de desprecio, más aún cuando la autoridad del padre de familia decae, presentándose importantes conflictos generacionales.

A su vez, el período Helenístico "ofrece muchas más posibilidades de autoridad y poder a los ancianos robustos y ambiciosos que la Grecia clásica... no tiene prejuicios respecto a la raza o la edad. El éxito está al alcance de todas las personalidades enérgicas, sean jóvenes o ancianas" (Minois, 1987, p. 98). "La Grecia clásica siente repugnancia por mostrar la vejez, los viejos son idealizados siempre; solamente la calvicie y la barba los diferencia de los hombres de edad madura; la fealdad y la deformidad no se muestran nunca." (Minois, 1987, p. 98).

La historia romana demuestra la existencia de una estrecha vinculación entre la condición de viejo y la estabilidad de la sociedad: "Es probable que los antiguos romanos tuvieran la costumbre de desembarazarse de los viejos ahogándolos, puesto que se hablaba de enviarlos ad pontem y se llamaba a los senadores depontani. Como en todas las sociedades, habría habido un contraste radical entre la suerte de los viejos pertenecientes a la élite y los de la masa. En todo caso, más tarde, mientras se siguen exponiendo los recién nacidos según la santa voluntad del pater familias, ya no es cuestión de atentar contra la vida de los viejos" (Beauvoir, 1973, p. 135).

El mundo romano en el período de la República, se caracteriza principalmente por asignarles a los ancianos un poder político y social encarnado en el pater familias. Identificado como un poder totalitario que sometía a la familia al mandato paterno, en el que existe una "ambigüedad permanente del destino de los ancianos: cuanto más potestad y poder les confiere la ley, más detestados son por las generaciones siguientes.... "A la inversa, cuanto más desprovistos de derechos están, más despreciados son" (Minois, 1987, p. 119). Luego, en el Bajo Imperio, "la potestad paterna pierde todo el carácter público y se convierte en algo exclusivamente familiar" (Minois, 1987, p. 120). Aumenta la influencia materna y una madre puede llegar a ser tutora de sus hijos. Para el anciano, "su autoridad moral sigue siendo grande, pero ya no dispone de los medios jurídicos para poder aplicarla." (Minois, 1987, p. 120). Al perder su autoridad familiar y política que justificaba la prolongación de su actividad, sólo quedó con sus dolores, su fealdad y su debilidad. Nada logra distraerlo de sus males y se convierte en la encarnación del sufrimiento. Aún así se expresa que "los romanos han rechazado las simplificaciones reductoras y han mantenido la dignidad del anciano. Han criticado individuos, no a un periodo de la vida, y han salvaguardado la complejidad, las contradicciones y la ambigüedad de la vejez, miserias y su grandeza." (Minois, 1987, p. 156).

Más adelante, en el período de la alta Edad Media, se destaca como principio la ley del más fuerte, en la que "los más débiles encomiendan a los más poderosos, que logran de esta manera tener vasallos y que sólo se someten a los que son más fuertes que ellos" (Minois, 1987, p. 158). En este punto, cabe destacar que en términos de sabiduría bíblica, se expresa que "la vejez física no es la verdadera vejez. El anciano verdadero es el sabio, cualquiera que sea su edad." (Minois, 1987, p. 163). Asimismo, la imagen de la vejez es un retrato pecaminoso en la que "el hombre viejo es el pecador que debe regenerarse por medio de la penitencia; por el contrario, la

juventud es la lozanía del hombre nuevo salvado por Cristo. El pecado y el mal son tan repelentes como los ancianos y, como la vejez, conducen a la muerte. (Minois, 1987, p. 164). Los escritores cristianos registran una visión negativa de la vejez relacionada a la fealdad y decadencia."

La familia ocupa un rol de asegurador de la subsistencia para los ancianos y aquellos que gozaban de un nivel socio-económico elevado accedieron al retiro monástico. Este proceso era considerado un camino hacia la salvación, planteándose que es factible alcanzar la felicidad desde una concepción cristiana al interior de los conventos. Sin embargo, si bien es cierto que los ancianos mejor situados económicamente estaban en condiciones de asegurar la salvación eterna por medio del retiro a instituciones monásticas, se debe reconocer la disminución de su autoridad política y social.

Según Minois, en los Siglos XI al XIII el proceso de decadencia es relacionado con la vejez. Se planteó que el fin estaría cercano, con lo cual se expresa una visión pesimista referida a que "el mundo está viejo y decrepito, y todo va peor. El fin está cercano." (Minois, 1987, p. 213). Aquellos sectores pertenecientes a la Iglesia y a grupos socioeconómicos mejor situados no se preocupaban de la temporalidad, se retiraban a los conventos evadiendo la vejez con una concepción de eternidad y atemporalidad. Avanzando en las características del envejecimiento medieval, cabe destacar que "la conciencia del paso del tiempo, y de su carácter irreversible, está fuertemente anclada en su ánimo. Por eso le preocupa el envejecimiento. Lejos de ser indiferente al tiempo, el hombre medieval teme envejecer y busca los medios de escapar a la decrepitud, bien por la fantasía, bien por la ciencia." (Minois 1987, p. 232).

En las comunidades aldeanas, se reconoce que los ancianos se encuentran limitados, ya que "si bien le son reconocidos su prestigio cultural y su importancia en la formación y la permanencia de las mentalidades, le son denegados por el contrario los poderes de decisión. Su campo es el del saber tradicional, no el del poder real, el cultural, no el práctico. Son la riqueza y la cultura las que dan poder al hombre del pueblo, no la edad" (Minois, 1987, p. 271). El mundo campesino es el más despiadado con los ancianos, ya que así como la aristocracia mantiene a los suyos en el castillo, el viejo campesino sólo puede contar con sus hijos. Al anciano sólo le queda el papel de memoria del grupo.

Continuando con los principales hitos respecto del envejecimiento y la cultura, cabe mencionar que en términos demográficos durante los siglos XIV y XV la presencia de la peste negra aportó al crecimiento poblacional de los viejos. La peste afectó principalmente a otros grupos etarios, evidenciándose un aumento de la población masculina y también de segundas nupcias particularmente con mujeres jóvenes. Esta situación generó un desfase generacional y acrecentó los conflictos generacionales. Según D. Herlilhy "el padre demasiado viejo ve que su influencia disminuye; la comunicación y la comprensión mutua con los hijos se vuelven difíciles a causa de la diferencia tan grande de edad, y por ello el papel de la madre gana en importancia. Los matrimonios en segundas nupcias complican más la situación y añaden desavenencia y ambigüedad entre la joven madrastra y el hijastro (Minois, 1987, p. 295).

Más adelante, el autor destaca que cuanto más importante es la actividad que realizan los ancianos, son receptores de mayor rechazo social en la literatura poética del siglo XV. Es así que "más se le considera como obstáculos, rivales despreciables y temibles al mismo tiempo. Frente a su riqueza y a su poder de hecho, se insistirá en su fealdad, su debilidad física, sus defectos, las desdichas de su condición tan próxima a la muerte... La mujer anciana, como ya hemos visto, se convierte en bruja y encarnación del mal. El hombre viejo es, en el mejor de los casos, objeto de meditación pesimista sobre lo transitorio de los placeres terrenos." (Minois, 1987, pp. 310-311).

Tanto en la literatura como el área artística se considera como un periodo trágico en la concepción del anciano, primando el ideal de permanecer joven. El siglo XVI expresa un duro trato a la vejez, valorando la belleza corporal y la juventud. Se buscará intensamente mantener los atributos a través de la medicina y brujería "Pues ése es el gran obstáculo que hace imposible que el hombre se convierta en Dios... el envejecimiento es el enemigo por excelencia; la imposibilidad absoluta de vencerlo lo hace al mismo tiempo detestable y fascinante" (Minois, 1987, p. 330). La vejez es el retrato de la muerte y los mismos ancianos caerán en las tentaciones por el destino que está próximo. La vejez será usada para continuar contrastando las relaciones generacionales y sus conflictos, siendo principalmente diezmadas las mujeres ancianas. Éstas se sitúan en el peor escenario, lo que se visualiza en el arte pictórico que polariza entre la mujer joven y poseedora de belleza y aquella vieja que es símbolo de fealdad, exponiéndose al total rechazo.

El Renacimiento es una época de reconocimiento y asignación de roles importantes a los viejos. "Existe por lo tanto en el siglo XVI un claro desfase entre el discurso sobre la vejez y la actitud real que se adopta con los ancianos... el siglo XVI no conoció una especial supremacía de la gerontocracia con respecto a los periodos precedentes, pero depositó a menudo su confianza en los ancianos; y en cuanto a las ancianas, su falta de amor por ella se manifestó casi solamente en la literatura" (Minois, 1987: 394). Así también se relevó que "el Renacimiento asistió al desarrollo de los lazos afectivos entre abuelos y nietos. Si la aceleración de la historia puede abrir una fosa entre padres e hijos, puede también acercar a las generaciones más separadas (...)" (Minois, 1987, p. 394).

La integración del anciano es alcanzable toda vez que no existan estereotipos acerca de lo que es la vejez. Para ello "habrá que esperar el advenimiento de las ciencias sociales, la psicología y de la medicina geriátrica. Estudiar a los viejos y adaptar la sociedad a sus necesidades, y no a la inversa. Reconocer que la persona anciana tiene necesidades, incluidas las necesidades físicas, y permitirle que la satisfaga, más que decretar que el anciano es un sabio y querer obligarle a que lo sea" (Minois, 1987, p. 400).

En esta perspectiva, cabe mencionar que el pensamiento científico que caracterizó los siglos XVI y XVII, introdujo una nueva forma de razonamiento que podría descubrir las causas de la vejez mediante su estudio sistemático. Sin embargo, aún prevalecía la ambivalencia acerca de la vejez y se resaltaban las virtudes de la juventud en contraste con las penurias de la ancianidad. Durante los siglos

XVII y XVIII se llevaron a cabo bastantes cambios en el campo de la fisiología, la anatomía, la patología y la química; pero aún persistía una visión negativa en torno a esta etapa de la vida.

Las transformaciones que sufre Europa durante los siglos XVIII y XIX reflejan un cambio en las condiciones de los ancianos. Aumenta el número de personas de edad avanzada y los adelantos científicos permiten que se reemplacen los mitos existentes en torno a la vejez por el conocimiento científico, el que a su vez le presta atención a las enfermedades de la vejez. Pese a los cambios, la situación de los ancianos no sufrió mayores alteraciones e incluso las transformaciones que originó la Revolución Industrial y el urbanismo, fueron funestas para los ancianos, pues cuando no estaban en condiciones de trabajar eran reducidos a la miseria.

En el siglo XIX con los nuevos aportes de la medicina, se separan los conceptos de vejez y enfermedad en el anciano, existiendo una gran preocupación científica sobre el tema, dando lugar al nacimiento de la gerontología. Los siglos XX y XXI han heredado algunos estereotipos de los siglos anteriores, la sociedad no ha cambiado substancialmente su visión del anciano, quien aún sigue marginado aunque de una manera más sutil (Sánchez, 1990, p. 26).

Los roles sociales de las personas mayores en el contexto actual

Según Fericgla, el lazo horizontal conyugal (esposo/esposa) es el que tiene mas importancia en este sistema, producto de lo cual aparece la figura del viejo aislado cuando el anciano/a queda viudo/a. La estructura familiar dominante es el sistema familiar nuclear estricto, modelo que rechaza la coresidencia de dos generaciones adultas. Los ancianos habitan (cuando pueden) en sus propios hogares e independientes de los familiares adultos. Cuando los ancianos no cuentan con recursos económicos suficientes, los familiares les entregan una parte de su dinero para que puedan mantenerse. En algunos países, el estado se encarga de asistir a los ancianos desvalidos como parte del dinero que se recauda por efecto de los impuestos. Cuando los ancianos están en un periodo de senectud que no les permite valerse por si mismos, los descendientes directos a menudo los aceptan por una temporada en su hogar. Es cada vez más frecuente que el anciano sea internado en una residencia o asilo.

En este tipo de sociedades, se está transformando en una práctica general imponer la jubilación laboral obligatoria, a partir de una edad arbitrariamente fijada. No se debe olvidar que el trabajo es el principal referente y herramienta de reivindicación social. De esta forma, la jubilación comporta para los ancianos la exclusión del mundo laboral y un aumento de enfermedades somáticas y síquicas especialmente entre los hombres, siendo clave definir un rol social para las personas mayores.

En este contexto, cabe hacer notar el surgimiento de la Teoría de Roles que fue elaborada por Irving Rosow en el año 1967. Centrada en la Sociología de la Vejez, esta teoría plantea que a lo largo de la vida se desempeña un gran número de roles, que influyen en el autoconcepto y autoestima personal. Los roles sociales

se van desarrollando acorde a una secuencia cronológicamente pautada y con la edad van cambiando no sólo los papeles que se le asignan a las personas, sino que también la forma en que se espera que estos sean cumplidos.

La adaptación de un individuo a su proceso de envejecimiento, depende de cómo se hace cargo de los cambios correspondientes en los roles que las creencias sociales le van asignando según su edad y de la forma en que cumple las expectativas asociadas al rol. En la base de todo ello se encuentra el proceso de socialización, que permite al individuo adaptarse interactivamente a los requerimientos de su entorno. De esta forma, envejecer es asumir los roles correspondientes a la respectiva edad. Sin embargo, no se debe olvidar que el cambio de roles no depende sólo de la asignación que la sociedad hace de ellos según la edad, sino que también está condicionado por las circunstancias cambiantes en las edades del sujeto. Por ejemplo: los roles de hijo, esposo, padre y amigo existen o no, en función de que aparezca o desaparezca la contraparte del rol complementario.

El envejecimiento es un proceso que implica una pérdida de roles, hasta que con la edad del retiro la persona adquiere un último rol denominado como "rol sin rol". Este proceso significa que el individuo carece de normas al no tener expectativas (activas y pasivas) de rol, lo que influye en su autoconcepto y autoestima. Este proceso se genera cuando el individuo, tras una prolongada vida laboral llega a la jubilación con la consiguiente ruptura de las aspiraciones que habían orientado su vida anterior. Al alejarse del trabajo es considerado un individuo no productivo y en una sociedad industrial quien no produce, estorba.

Se plantea entonces, que en este tipo de sociedades la fuente principal de status es la ocupación y el trabajo que realizaba la persona. Como resultado de los cambios previamente mencionados, la edad avanzada se convierte en una etapa de vida sin roles. El ser un individuo jubilado es carecer de expectativas de conducta socialmente establecidas, donde además no se valora la experiencia y conocimiento acumulado.

Desde esta perspectiva, es necesario profundizar en el tema de los roles sociales en el contexto actual. Para avanzar en esa línea de investigación, en el próximo apartado se comentan brevemente los resultados preliminares de una investigación centrada en los roles sociales de las personas mayores en Chile.

Los hallazgos iniciales, pueden servir de base para intervenciones centradas en potenciar los roles sociales de las personas mayores, considerando las características socioculturales del maltrato societal en el envejecimiento y la vejez.

FACTORES SOCIOCULTURALES QUE CONFORMAN LA OPINIÓN PÚBLICA Y ESPECIALIZADA DE LOS ROLES SOCIALES DE LAS PERSONAS MAYORES DE CHILE EN EL PERÍODO 2002-2012

El tema de los roles sociales ha sido destacado a nivel mundial, en las principales instancias de discusión en torno al proceso de envejecimiento y vejez. Por ejemplo, en la Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento en Viena, en agosto de 1982, una de las recomendaciones señalaba: "en el contexto de bienestar social, la asamblea subraya que los servicios han de tener como objetivo la creación, promoción y mantenimiento del rol activo y útil del anciano el mayor tiempo posible en y para la comunidad" (Lehr, 1999, p. 28). En la Segunda Asamblea Mundial sobre envejecimiento desarrollada en Madrid en 2002, se mencionó que la contribución social y económica de las personas de edad va más allá de sus actividades económicas, ya que con frecuencia esas personas desempeñan funciones cruciales en la familia y en la comunidad. En Chile, una de las situaciones diagnosticadas en la Política Nacional del Adulto Mayor de 1996 señalaba que "desde un punto de vista sociocultural, se puede señalar que el rol de los Adultos Mayores en la sociedad actual es inexistente y que esta carencia está asociada a valoraciones negativas sobre la vejez" (Política Nacional del Adulto Mayor, 1996, p. 5).

En la investigación que está desarrollando el autor de este trabajo, interesa conocer los factores socioculturales, desde la perspectiva de la opinión pública y especializada³, que conforman la percepción social de los roles sociales de las personas mayores de Chile en el período 2002-2012. Se trata de elaborar nuevas formas de "pensar" los roles sociales y actualizar el análisis del "rol sin rol", en una reflexión centrada en el "rol con rol", que destaque sus responsabilidades, status y prestigio social. Se selecciona este período, ya que interesa analizar los debates públicos y especializados que se han llevado a cabo en Chile, desde la Segunda Asamblea Mundial de Envejecimiento 2002 y el Segundo Examen y Evaluación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento, realizado en Nueva York entre el 6 y el 15 de febrero de 2013.

A continuación se mencionan algunos resultados preliminares⁴ de las categorías vida cotidiana, producción socioeconómica, tareas familiares y participación sociopolítica, que tengan relación con el Maltrato Sociocultural de las personas mayores.

NECESIDADES DE LA VIDA COTIDIANA DE LAS PERSONAS MAYORES

Se destacan en la opinión pública y especializada temas referidos a formación en gerontología y geriatría, maltrato en las personas mayores, mitos y estereotipos; y solidaridad intergeneracional. Como resultado preliminar, se puede señalar que en la opinión pública, respecto de la percepción social de la vida cotidiana, incluye la presencia de mitos y estereotipos, tales como: vejez asexuada y dificultad en el aprendizaje de las personas mayores. A su vez, la opinión especializada analiza la relevancia de la formación de profesionales

en el área de la gerontología, gerontología social y geriatría. De esa forma, se pueden revertir a nivel profesional los prejuicios respecto del proceso de envejecimiento y vejez.

FORMACIÓN GERONTOLÓGICA

Se enfatiza en la necesidad de que los profesionales tengan formación en gerontología y geriatría. Esta propuesta es coherente con las instancias y acuerdos internacionales, así como con las políticas nacionales de envejecimiento. Por ejemplo, la Estrategia Latinoamericana 2003 de Implementación del Plan Madrid señala en uno de sus objetivos, la necesidad de promover la formación de recursos humanos en gerontología y geriatría para los prestadores actuales y futuros de servicios de salud, especialmente en el nivel de atención primaria. También se puede mencionar, que a cinco años de aprobado el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento y a cuatro años de aprobada la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan Internacional de Madrid, se llevó a cabo los días 4, 5 y 6 de diciembre de 2007, en la ciudad de Brasilia, Brasil, la Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe: hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos. En la oportunidad los Gobiernos de América Latina y el Caribe aprobaron la declaración de Brasilia sobre Envejecimiento.

Uno de los temas que destaca la declaración señala: "instamos a los centros académicos, a las sociedades científicas y a las redes de cooperación en población, envejecimiento y desarrollo, a realizar estudios detallados, diversificados y especializados sobre el tema, así como a organizar reuniones de trabajo e intercambio, y crear y apoyar centros de estudios, investigación y formación de recursos humanos en este ámbito" (Declaración de Brasilia, 2007, p. 4). Asimismo, los días 1, 2 y 3 de diciembre de 2007 se realizó el Foro Regional sobre Envejecimiento de Organizaciones de la Sociedad Civil de América Latina y el Caribe: Evaluación del Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento. En esa instancia de trabajo se aprobó la Carta de Brasilia 2007, Declaración de la Sociedad Civil, en la que en uno de sus puntos se menciona: "Exigimos que se hagan efectivas las recomendaciones 82 y 83 del Plan de Acción de Madrid (2002), referidas al fortalecimiento de los procesos de incorporación del enfoque gerontológico en las currículas académicas con énfasis en la visión de vejez activa, participativa y saludable" (Carta de Brasilia, 2007, p. 5).

ABUSO, MALTRATO Y VIOLENCIA

Se describen acepciones sobre los términos abuso, maltrato y violencia en los adultos mayores, enfatizando la relación directa de estas situaciones y la violación de los Derechos Humanos. Los actos de violencia pueden ser de índole personal y/o social, además de situarse en diferentes ámbitos: familiar, institucional, comunitario, entre otros. Estos actos se manifiestan a través del maltrato económico, de discriminación, psicológico, físico, de privación de las necesidades básicas, por mencionar algunas de sus múltiples y variadas formas. El maltrato a las personas mayores continuará en la medida que existan los prejuicios y la violencia contra la vejez. Los malos tratos son el producto de la interacción permanente de valores, prioridades y tareas de los individuos, sus familias y la sociedad en su

conjunto. Es relevante prestar atención a los factores que influyen en el maltrato, tales como: pobreza y desempleo, carencia de recursos sociales, hedonismo personal y dificultades en el ciclo de vida familiar.

MITOS Y ESTEREOTIPOS

Se menciona la relevancia de considerar los mitos y estereotipos respecto del envejecimiento y la vejez. Existen prejuicios todavía muy arraigados, como por ejemplo: los viejos no son capaces de aprender, no se adaptan al cambio, pobreza y vejez van juntas, los viejos se vuelven niños, la sexualidad es cosa de jóvenes, vejez es sinónimo de enfermedad y la persona mayor no tiene futuro.

SOLIDARIDAD INTERGENERACIONAL

La solidaridad intergeneracional es una preocupación de la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, es por ello que se plantean orientaciones que apuntan a la optimización de oportunidades en salud, participación y seguridad con el objetivo de mejorar la calidad de vida (envejecimiento activo); integración laboral, educación y formación continua; reconocer y caracterizar la heterogeneidad de la población adulta mayor; adoptar un enfoque que apunte a entender el envejecimiento como un proceso a lo largo de toda la vida; intencionar el intercambio intergeneracional con la finalidad de avanzar hacia una actitud de respeto y colaboración; identificar la temática de envejecimiento en el desarrollo integral y en las políticas públicas en la que participen todos los actores sociales involucrados.

PRODUCCIÓN SOCIOECONÓMICA DE LAS PERSONAS MAYORES.

Con relación a la producción socioeconómica, en la opinión pública se vislumbra un enfoque asociado al “**viejismo**”, es decir, a la idea de que sólo son productivos los jóvenes. Se piensa que las personas mayores al jubilar pierden su capacidad productiva. La opinión especializada, incluye artículos y documentos que dan cuenta de una perspectiva de envejecimiento productivo, activo y satisfactorio que analiza otras potencialidades post- jubilación, tales como: serenidad, capacidad de juicio, experiencia y sabiduría.

JUBILACIÓN

Como resultados preliminares, se menciona que la jubilación conlleva la pérdida de la ocupación, la disminución del ingreso económico y el deterioro de la identidad social. La presión para jubilar, la dificultad para seguir trabajando y el bajo monto de las jubilaciones tienen dos consecuencias. En primer lugar, empobrece a los adultos mayores, lo que incide en el crecimiento, el ahorro, la inversión y el consumo. Resultan evidentes las consecuencias sociales de esta situación, pues la responsabilidad de la producción de las riquezas que sostienen el desarrollo de la sociedad se recargará cada vez más sobre un grupo que va disminuyendo, a la vez que aumenta el porcentaje de la población dependiente. En la sociedad

occidental se valora la competencia, la originalidad, la rapidez y la fuerza, elementos que si bien es cierto no son contrapuestos, están ausentes generalmente de la psicología del anciano.

En segundo lugar, desde la perspectiva sociocultural el proceso de envejecimiento implicará cambios profundos en el sistema de roles, estatus y posiciones sociales de las distintas categorías y estratos de la población. La Jubilación constituye un importante hito en la mayoría de las personas, ya que conlleva una modificación en la utilización del tiempo libre y en el desarrollo de actividades. A diferencia de otros acontecimientos que se presentan en la segunda mitad de la vida, como por ejemplo: la menopausia, hijos que abandonan el hogar paterno, el convertirse en abuelos y la muerte del cónyuge.

También se enfatiza en el hecho, de que el aumento del número de jubilados significa una mayor inversión en atención social y cuidados médicos, lo que a su vez demanda un mayor presupuesto estatal, que se recargaría sobre la parte laboralmente activa de la población a través de contribuciones e impuestos.

TAREAS FAMILIARES A DESARROLLAR POR LAS PERSONAS MAYORES EN ETAPA DE JUBILACIÓN

Las tareas familiares que presenta la opinión pública están situadas en el rol de abuelo/a, fundamentalmente ligado al cuidado y crianza de los nietos. La opinión especializada, además del rol de abuelo/a se plantea el desafío de redefinir roles sociales para las personas mayores, siendo importante incluir los intereses y necesidades de las personas mayores en la planificación de actividades gerontológicas.

ENVEJECIMIENTO DOMÉSTICO

Se mencionan factores vinculados a los cambios demográficos que conllevan el incremento de la longevidad, la menor frecuencia de nacimientos y las estructuras familiares en las que conviven varias generaciones. En ese contexto, se explica que la estructura de la familia presenta diversos cambios asociados, por ejemplo, al divorcio, las crisis económicas y rol de la mujer en el trabajo. El aumento de la expectativa de vida, ha producido la aparición de la “**generación del sándwich**”, quienes tienen la responsabilidad de cuidar a los padres mayores y a los niños menores en igual período.

Aspectos claves de la relación entre los padres e hijos son la solidaridad, la estructura de la familia, la interacción entre sus integrantes, el grado de cohesión y las funciones que desarrollan sus integrantes. Las relaciones familiares se pueden analizar a través de la solidaridad que conlleva la asociación misma, existiendo una diversidad considerable de modelos a estudiar.

INSTITUCIONALIZACIÓN

En las sociedades occidentales actuales y pese a que los ancianos prefieren la interacción familiar, existe una presión sobre todo en los seniles para que ingresen a una residencia o establecimiento de larga estadía. La presión puede ser

directa, cuando los familiares gestionan el ingreso a una institución o indirecta cuando los ancianos viven solos y sin el apoyo de sus familiares. Las principales causas de ingreso a un hogar de ancianos son psicológicas, como soledad, conflictos familiares, temor a la muerte y sensación de representar una molestia para los demás; son sociológicas las asociadas a la falta de vivienda y carencia de servicios médicos en el domicilio.

PARTICIPACIÓN SOCIOPOLÍTICA DE LAS PERSONAS MAYORES

La participación sociopolítica es analizada por la opinión pública en el ejercicio de los derechos y beneficios a los que pueden acceder las personas mayores. La opinión especializada, se plantea el concepto de ciudadanía civil, política, social y cultural en el contexto de derechos y deberes de los adultos mayores en el contexto actual.

POLÍTICAS QUE INCENTIVAN LA PARTICIPACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES

Es frecuente la idea de que son las personas mayores las que deben tomar las decisiones que los afectan. Uno de los tipos más mencionados de participación son los Consejos de Ancianos, a nivel municipal, provincial y nacional. En países en desarrollo, con una alta proporción de adultos mayores, como Uruguay, Argentina y Chile, se especifica que una de las aspiraciones de las personas de edad es poder financiar sus gastos y mantener su autonomía el mayor tiempo posible. Desde esta perspectiva, la Estrategia Regional contempla un amplio marco para la concreción de las medidas enunciadas y su aplicación idónea al contexto de cada país. Esto conlleva que los gobiernos, los organismos internacionales y la sociedad civil deben cooperar, para que se aporte al mejoramiento de la calidad de vida de las personas mayores en América Latina y el Caribe.

REFLEXIONES EPISTEMOLÓGICAS DE LA INVESTIGACIÓN EN EL MALTRATO SOCIETAL, COMO BASE PARA POTENCIAR LOS ROLES SOCIALES DE LAS PERSONAS MAYORES.

Al investigar las condiciones psicológicas del progreso de la ciencia, es necesario destacar el problema del conocimiento científico en términos de obstáculos. "Es ahí donde mostraremos causas de estancamiento y hasta de retroceso, ahí donde discerniremos causas de inercia que llamaremos obstáculos epistemológicos" (Bachelard, 2004, p. 15). Se conoce en contra de un conocimiento previo, modificando conocimientos mal adquiridos o superando todo aquello que dificulta la espiritualización.

La ciencia se opone a la opinión, ya que ésta piensa mal y traduce necesidades en conocimientos. El espíritu científico impide tener opinión respecto a situaciones que no se comprenden y que tampoco se formulan claramente. Es fundamental saber plantear los problemas, ya que para un espíritu científico el conocimiento es respuesta a una pregunta.

Un obstáculo epistemológico es una dificultad que impide acceder a un nuevo tipo de conocimiento y acorde a los resultados preliminares de la investigación, se comentarán dos. El primer obstáculo mencionado por Bachelard, es cuando “La experiencia básica es colocada por delante y por encima de la crítica..... He aquí entonces la tesis filosófica que sostendremos: el espíritu científico debe formarse en contra de la naturaleza, en contra de lo que es, dentro y fuera de nosotros, impulso y enseñanza de la naturaleza, en contra del entusiasmo natural, en contra del hecho coloreado y vario” (Bachelard, 2004, p. 27). Es deber del espíritu científico formarse reformándose.

Desde el punto de vista gerontológico, la experiencia se antepone a la crítica cuando se aplican los mismos modelos y enfoques de intervención, sin apertura a nuevas propuestas de trabajo. A los mencionados mitos y estereotipos de la categoría vida cotidiana, se puede agregar, por ejemplo, que en una investigación⁵ realizada en establecimientos de larga estadía se encontró que los talleres y actividades de las instituciones no incluían enfoques actuales en gerontología, y además se basaban en un sistema de planificación normativa que antepone los intereses de los profesionales por sobre las necesidades de las personas mayores, su familia y su comunidad.

Una segunda barrera se refiere al conocimiento general como obstáculo para el conocimiento científico. En este punto, Bachelard señala que la falsa doctrina de lo general ha retardado el progreso del conocimiento científico. Un psicoanálisis del conocimiento objetivo debe analizar meticulosamente todas las seducciones de la facilidad, de esa forma, se llegará a una teoría de abstracción científica verdaderamente sana. El autor propone una serie de ejemplos, donde concluye que “si se mide el valor epistemológico de estas grandes verdades comparándolas con los conocimientos erróneos que han reemplazado, no cabe duda que estas leyes han sido eficaces. Más ya no lo son” (Bachelard, 2004, p. 68).

Este obstáculo se presenta cuando los profesionales, funcionarios y equipos de trabajo, no se interesan por conocer y analizar nuevos enfoques epistemológicos y teóricos (como lo mencionado en la formación gerontológica), considerando que sus bases conceptuales (cuando han sido discutidas) en gerontología son un dogma que no puede ser refutado.

Se sugiere que para potenciar los roles sociales y desarrollar estrategias para un buen trato con y junto a las personas mayores, se deben considerar (entre otras y acorde los diversos contextos socioculturales), las medidas planteadas por las Asambleas Mundiales y la Estrategia Latinoamericana de Envejecimiento y Vejez, además de considerar la perspectiva de la planificación estratégica. Esta visión menciona que cuando se habla de lo humano de los diseños de planificación social, se piensa en la forma de gestar con las personas en tanto son sujetos, a partir de su historia, sus paisajes cotidianos, su lenguaje y sus experiencias; no obstante, la mayoría de la veces buscar un método para lograr este propósito no es un camino sencillo y por eso la propuesta que se plantea sugiere la idea de incluir a los adultos mayores como actores sociales participantes de un proceso. La propuesta puede considerar lo siguiente:

- » Desde una perspectiva estratégica, transforma en oportunidad la relación de los adultos mayores con el medio social e institucional que les rodea, buscando consolidar redes externas con organizaciones e instituciones estatales y privadas que aporten aquellos recursos de los cuales no disponen los adultos mayores. A la vez, se espera mantener un grado importante de autonomía, capitalizando de esa forma una madurez grupal que llegue a caracterizarse por tener integración social, cohesión generacional, identidad territorial, confianza y desarrollo de nuevas capacidades. Se busca potenciar su capacidad asociativa y también su capital social, fortaleciendo la organización de adultos mayores en tanto actores sociales, como un mecanismo de interlocución activa entre la comunidad-hogar con el espacio local, regional y nacional.
- » Se procura identificar liderazgos y promover la participación activa, potenciando que además de tener voz, los adultos mayores se empoderen de su experiencia y adquieran conciencia de sus derechos y deberes; así, podrán legitimar propuestas, reivindicaciones y negociaciones en sus relaciones intra y extra organizacionales, su autogestión y su visión del futuro individual y colectivo. El elemento de cohesión grupal y la claridad de visiones, metas y objetivos compartidos, les hará ser capaces de plantear alternativas de solución a sus dificultades de manera asertiva y propositiva frente a la autoridad técnica y/o política e igualmente permitirá potenciar de manera progresiva su control social, con el fin de impulsar la efectividad en la mejora de tiempos y capacidades de respuesta tradicionalmente lenta en el momento de implementar procesos con las personas.
- » Un elemento destacable es el surgimiento de liderazgos democráticos compartidos que permiten rescatar las habilidades personales y la historia de vida de los adultos mayores integrantes del grupo y ponerlas al servicio de su proyecto colectivo.

La integración de herramientas de planificación y gestión estratégica a lo que será un proceso colectivo, integral y con proyecciones de futuro de los adultos mayores, busca abrir espacio a la transmisión de todo su potencial a las nuevas generaciones, dando paso a un enfoque de planificación como proceso humano, circular, recursivo y sostenible que trasciende en el tiempo, más allá de las personas. Esta visión integradora de elementos sociales, económicos y culturales de su realidad que complementan sus historias de vida común, amistades generacionales, intereses colectivos, afectos personales y respeto mutuo, origina lo que se llama una imagen deseada respecto a lo que ellos quieren lograr en su futuro en tanto adultos mayores y la posibilidad de desarrollar ese proceso.

En tal sentido, desde la perspectiva situacional, la lógica obedece a lo siguiente:

CONOCER → para ACTUAR → contribuir a TRANSFORMAR

La participación comunitaria garantizará en el proceso el funcionamiento de actividades de gestión institucional y local que se encuentren en el marco de los intereses de los propios ancianos, ya que no se conseguirá identificar y priorizar de mejor manera las vivencias, las necesidades y el capital humano que represen-

tan, sin tenerlos presentes en tanto actor(es) capaces de expresar, asumir y participar en atención a sus situaciones individuales y colectivas. De esta propuesta se esperan tres elementos, a saber:

- » Una visión orgánica y dinámica de los procesos individuales y colectivos de los ancianos y demás actores involucrados.
- » Una ubicación clara de los espacios estratégicos para la acción promotora de ancianos integrados al mundo local, que involucre el concepto de desarrollo antes que el de asistencialismo.
- » Una concepción que se encargue de la necesidad del anciano de interactuar con otros y asumir un rol activo frente a los quehaceres que lo requieran en su contexto territorial.
- » Respecto al tema de la autonomía personal y colectiva, se plantea la idea de co-construir sus roles sociales, pensando en un proceso que desarrolle en él la capacidad de hacer y de ser, y le proporcione algún grado de dominio sobre su vida que lo saque del aislamiento y le permita establecer relaciones con el mundo exterior. Entre las principales autonomías que se espera co-construir, se destacan las siguientes:
 - Autonomía física: es el derecho a decidir sobre su cuerpo.
 - Autonomía sociocultural: alude a la capacidad de afirmar identidades propias y a la autoestima.
 - Autonomía política: se refiere a construir sociedad a partir de sus propios valores, principios, demandas y propuestas.
 - Autonomía ciudadana: es el derecho a involucrarse activamente en los quehaceres de su comunidad interna o externa.

Con base en un enfoque socioantropológico de la cultura, en esta propuesta prevalece la idea de ser un sujeto con derecho a elaborar visiones propias de sus procesos, promoviendo la solidaridad y el respeto a la diversidad, reconociendo redes, articulaciones y posibilidades basadas en el adulto mayor como valor de la sociedad y no como un sujeto desvalido.

NOTAS AL CAPÍTULO 4

1. Este texto forma parte del Proyecto Fondecyt N°11121162 denominado: Factores socioculturales que conforman la opinión pública y especializada de los roles sociales de las personas mayores de Chile en el período 2002-2012, que financia la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica de Chile, Conicyt.
2. Información contenida íntegramente en el libro denominado Historia de la Vejez: de la Antigüedad al Renacimiento. La referencia del texto está en la bibliografía.
3. Respecto de la metodología de investigación, para la opinión pública se consideran los diarios La Cuarta y El Mercurio y en la especializada, publicaciones desarrolladas por el Observatorio Social de Envejecimiento y Vejez de la Universidad de Chile; el Programa del Adulto Mayor de la Pontificia Universidad Católica de Chile; el Servicio Nacional del Adulto Mayor (Senama); y la Sociedad de Geriatría y Gerontología de Chile.
4. Son sólo descripciones generales de la investigación que no han sido analizadas, ya que el proyecto contempla tres años de duración y sólo se ha completado el primer período de trabajo. Se basan en una lectura inicial de las publicaciones.
5. Investigación que se incluye en el Libro denominado: Gerontología Social Aplicada. Visiones Estratégicas para el Trabajo Social, publicada por el autor de este artículo en 2004 en la Editorial Espacio de Argentina.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- » Bachelard, G. (1972). La Formación del Espíritu Científico. Buenos Aires: Editorial Siglo XXI.
- » Beauvoir de, S. (1983). La Vejez. México: Editorial Hermes.
- » Biddle, B. & Thomas, E. (1966). Role Theory. New York: John Wiley & Sons, INC.
- » Castells, M. (1999). La Era de la Información, Economía, Sociedad y Cultura. El poder de la Identidad. México: Siglo XXI.
- » Cepal. (2003). Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Santiago: Naciones Unidas
- » Documento. (2002). Resumen de Acuerdos de la Reunión Regional de la Sociedad Civil, Red de Gerontología Latinoamericana.
- » Fassio, A. (2002). Redes Solidarias Entre Pares. Buenos Aires: Red Latinoamericana de Gerontología.
- » Ferigla, J. (2002). Envejecer, una Antropología de la Ancianidad. Barcelona: Editorial Herder.
- » Geertz, C. (2000). La Interpretación de las Culturas. Barcelona: Editorial Gedisa.
- » Glendenning, F. (2000). ¿Qué entendemos por negligencia y maltrato a los ancianos?. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- » Matus, C. (1987). Política, Planificación y Gobierno. Caracas: Fundación Altadir.
- » Minois, G. (1987). Historia de la Vejez, de la Antigüedad al Renacimiento. Madrid: Nerea.
- » Moragas, R. (1991). Gerontología Social. Barcelona de España. Editorial Herder.
- » Naciones Unidas. (1982). Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento. Asamblea Mundial Sobre el Envejecimiento. Viena.
- » Naciones Unidas. (2002). Plan de Acción. Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid.
- » Naciones Unidas. (2007). Declaración de Brasilia. Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe: hacia una sociedad para todas las edades. Brasilia.
- » Naciones Unidas. (2007). Declaración de la Sociedad Civil. Carta de Brasilia

2007. Brasilia: Foro Regional sobre Envejecimiento de Organizaciones de la Sociedad Civil de América Latina y el Caribe.

- » Piña, M. (2004). Gerontología Social Aplicada: Visiones Estratégicas para el Trabajo Social. Buenos Aires: Editorial Espacio.
- » Rosow. (1967). Social Integration of the Aged. New York: The Free Press.
- » Sánchez, C. D. (2000). Gerontología Social. Buenos Aires: Editorial Espacio.
- » Senama. (1996). Política Nacional para el Adulto Mayor. Santiago: Gobierno de Chile.
- » Senama. (2005). Definición y Tipificación del Maltrato al Adulto Mayor en Chile. Santiago: Gobierno de Chile.
- » Senama. (2007). Informe Chileno de Avance del Plan Madrid. Documento para Reunión de los Estados en Brasilia. Santiago de Chile.
- » Weber, M. (1964). Economía y Sociedad. México: Fondo de Cultura Económica.

¿HAY UN BUEN TRATO HACIA LOS ADULTOS MAYORES EN EL SISTEMA DE SALUD?

Gonzalo Navarrete Hernández
Constanza Briceño Ribot
Víctor Hugo Carrasco Meza

RESUMEN

El objetivo de este capítulo es revisar el maltrato que dice relación con aquel que ocurre en la dinámica estructural del sistema de salud. Al analizar esta temática el primer problema que surge es la dificultad de encontrar investigación empírica científicamente creíble, la cual es prácticamente inexistente (Lachs & Pillemer, 2004). El segundo es que el maltrato doméstico e institucional tienen dinámicas, causas y resultados que discurren por vías diferentes, por lo que no es posible extrapolar los conceptos anteriormente expuestos. Pese a las complejidades al abordar este tipo de maltrato, el punto de partida está comprendido en la definición de maltrato estructural del Servicio Nacional del Adulto Mayor (Senama), en la cual la ausencia de un sistema de salud (política pública y recursos) que permita responder a la complejidad de la atención del adulto mayor, deriva en perjuicio y limita el desarrollo de sus potencialidades. Un sistema de salud geriatrizado debe enfrentar las particularidades propias de este grupo en su modo de enfermar, que requiere de intervenciones complejas. El objetivo primordial de dicho modelo, no es necesariamente la curación, sino que la mantención de la funcionalidad y la preservación de la calidad de vida (autovalencia y autonomía). El primer paso que daremos en el análisis de este artículo es exponer el por qué es necesario un sistema de salud que aborde este grupo de forma especializada.

INTRODUCCIÓN

El proceso de envejecimiento en América Latina y especialmente en Chile es producto, entre otras causas, de las profundas mejorías experimentadas por nuestro país en su desarrollo socio económico. Además, refleja el éxito de nuestro sistema de salud en el enfrentamiento de las causas de mortalidad infantil, el control de las tasas de fecundidad y mortalidad en todas las edades. Lo anterior ha significado una transformación demográfica que tiene importantes consecuencias sanitarias, económicas y sociales para nuestra nación.

Uno de los nuevos desafíos que han surgido del proceso de envejecimiento poblacional y que ha llamado internacionalmente la atención de aquellos que proveen cuidados a los adultos mayores y público en general, es el abuso o maltrato al adulto mayor. Una primera dificultad es su conceptualización, con una amplia variedad de definiciones que incluye el intercambio indistinguible de negligencia, maltrato y abuso. La Academia Americana de Ciencias define abuso como:

- a. Acciones intencionales que causan daño o un serio riesgo de daño (sea o no este daño intencionado) a un adulto mayor vulnerable por un cuidador u otra persona que establezca una relación de confianza con el adulto mayor; o
- b. Una falla de un cuidador para satisfacer las necesidades básicas de un adulto mayor o protegerlo de un menoscabo (National Academies of Sciences, 2002).

El Senama define el maltrato al adulto mayor como “cualquier acción u omisión que produce daño a una persona mayor y que vulnera el respeto a su dignidad y el ejercicio de sus derechos como persona. El maltrato puede realizarse de manera intencionada, como también puede ocurrir por desconocimiento de manera no intencionada” (Senama, 2007).

Estas definiciones involucran dos ideas, que el adulto mayor sufre un daño, privación o peligro innecesario y que un individuo específico (o grupo de individuos, entiéndase institución u organización) es responsable por causarlo o fallar en prevenirlo (Lachs & Pillemer, 2004). Para efectos de esta revisión usaremos la palabra maltrato para referirnos a estos dos conceptos.

Se ha propuesto por algunos autores que el maltrato al adulto mayor sea considerado un síndrome geriátrico como las caídas y la incontinencia urinaria (Lachs & Pillemer, 1995), puesto que tiene causas multifactoriales, tanto personales como ambientales. Entre éstas, las que han evidenciado mayor fuerza de asociación son la presencia de deterioro cognitivo (Dyer, Connolly & McFeeley, 2002) (Homer & Gillear, 1990), aislamiento social (Lachs et al., 1994) (Grafstrom et al., 1993), dependencia (Pillemer, 2004) y por parte del cuidador padecer enfermedad mental (Compton et al., 1997) y el abuso de alcohol (Anetzberger et al., 1994), (Bristowe & Collins, 1998). Junto a su origen multi-causal, se asocia a otros síndromes geriátricos, y a un aumento de la mortalidad hasta 3,1 veces versus aquellos adultos mayores que no sufren maltrato (Lachs et al., 1998). Además, aumenta el riesgo de institucionalización, deterioro funcional y de la calidad de vida (Lachs et al., 2002).

Respecto de los tipos de maltrato reconocidos por el Senama, el maltrato estructural se define como “aquel que ocurre desde y en las estructuras de la sociedad mediante normas legales, sociales, culturales, económicas que actúan como trasfondo de todas las otras formas de maltrato existentes. Incluye la falta de políticas y recursos sociales y de salud, mal ejercicio e incumplimiento de las leyes existentes, y presencia de normas sociales, comunitarias y culturales que desvalorizan la imagen del adulto mayor, que resultan en perjuicio de su persona y no permiten la satisfacción de sus necesidades y el desarrollo de sus potencialidades. Se expresan socialmente como discriminación, marginalidad y exclusión social” (Senama, 2007).

El objetivo de este capítulo es revisar el maltrato que dice relación con

aquel que ocurre en la dinámica estructural del sistema de salud. Al analizar esta temática el primer problema que surge es la dificultad en encontrar investigación empírica científicamente creíble, la cual es prácticamente inexistente (Lachs & Pillemer, 2004). El segundo es que el maltrato doméstico e institucional tienen dinámicas, causas y resultados que discurren por vías diferentes, por lo que no es posible extrapolar los conceptos anteriormente expuestos.

Pese a las complejidades al abordar este tipo de maltrato, el punto de partida está comprendido en la definición de maltrato estructural del Senama, en la cual la ausencia de un sistema de salud (política pública y recursos) que permita responder a la complejidad de la atención del adulto mayor, deriva en perjuicio y limita el desarrollo de sus potencialidades. Un sistema de salud geriatrizado debe enfrentar las particularidades propias de este grupo en su modo de enfermar, que requiere de intervenciones complejas. El objetivo primordial de dicho modelo, no es necesariamente la curación, sino que la mantención de la funcionalidad y la preservación de la calidad de vida (autovalencia y autonomía).

El primer paso que daremos en el análisis de este artículo es exponer el por qué es necesario un sistema de salud que aborde este grupo de forma especializada.

RAZONES DEMOGRÁFICAS

La velocidad de envejecimiento en Chile ha sido impresionante, de esta forma la transición desde una sociedad joven a una envejecida nos tomará la mitad del tiempo de lo que se demoraron sociedades que ya realizaron esta transición, como Europa occidental y Norteamérica (Palloni, 2002).

Esto se refleja en las tasas de mortalidad y fecundidad, principales predictores de la conformación demográfica de un país. Así si la mortalidad era de 13,6 muertes por mil habitantes en 1950 y la tasa de fecundidad de 5,5 hijos por mujer en el quinquenio 1955-1960 (Celade-Cepal, 2007), éstas se modificaron a una tasa de mortalidad general de 5,5/1000 habitantes y de fecundidad de 1,8 hijos/mujer (bajo la tasa de reposición estimada que se considera en 2,1 hijos/mujer), ambas dentro de las más bajas de la región (OPS/Paho, 2013). Según el Censo 2002 (INE, 2002), las personas mayores de 60 años constituyen el 11,4% de la población, cifra que se elevó a 13,2% en los últimos años, con una esperanza de vida al nacer de 77,1 años para los hombres y 82,7 para las mujeres, siendo una de las más altas del Cono Sur (Paho, 2010). Si en 2010 el porcentaje de mayores de 65 años era de 9,2% de la población, se espera que para 2025 estos lleguen a 14,4% (Celade, 2009).

Se podrá afirmar entonces, que una primera razón que justifica la atención especializada para las personas mayores, es que hay y habrá muchas personas de edad avanzada en nuestro país.

RAZONES SANITARIAS

Segundo, estamos asistiendo a una transición epidemiológica, en la cual la

enfermedad ha pasado de ser un proceso agudo, a uno crónico y acumulativo, lo cual aumenta el riesgo de sufrir discapacidad y dependencia, especialmente en las personas mayores. Según la Encuesta Nacional de Salud del período 2009-2010 (Ministerio de Salud, Minsal, 2012), los adultos mayores tienen la mayor prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles según grupo etario. Es así que los mayores de 65 años tienen una prevalencia significativamente mayor de diabetes mellitus (15%), de hipertensión arterial (78,8%) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (30%) versus el grupo de 45 a 64 años (9,4%, 53,7% y 23% respectivamente). Lo que en consecuencia los convierte en los usuarios más recurrentes del sistema de salud. A modo de ejemplo, del total de egresos hospitalarios de 2011, (1.648.687 egresos), el 19% corresponden a mayores de 65 años, los que aumentan a 51% si se consideran las enfermedades del sistema circulatorio y a 27% de los egresos por enfermedades del sistema respiratorio (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, Minsal, 2011).

Es relevante mencionar que dentro de los adultos mayores existen importantes diferencias en la carga de morbilidad según la funcionalidad. El Estudio Nacional de Dependencia del Adulto Mayor (Senama, 2009) estimó que la prevalencia de la dependencia en adultos de entre 65 y 69 años alcanza a 16% en comparación con los mayores de 85 años que llega a 65%, definida ésta, como aquellos que requieren asistencia siempre o casi siempre para realizar una actividad básica (ABVD) o dos instrumentales de la vida diaria (AIVD)¹. El reporte de 4 o más enfermedades es de 4,8% en las personas sin dependencia, 12,3% con dependencia leve y 21% en aquellos con dependencia severa.

Uno de los estereotipos más extendidos sobre los adultos mayores es el que hace referencia a los viejos como usuarios excesivos, abusivos de las prestaciones que el sistema de salud les ofrece. Contrariamente a lo anterior, utilizan el sistema sanitario más correctamente que la población adulta (Landefeld, 1995).

Sin embargo, pese a esta mayor carga de morbilidad, las guías de tratamiento chilenas de enfermedades crónicas no transmisibles, no consideran el manejo de adultos mayores frágiles con múltiples comorbilidades, lo que puede derivar en polifarmacia, sobretratamiento y metas demasiado exigentes que pueden aumentar el riesgo de eventos adversos y mortalidad (American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity, 2012).

Los adultos mayores están expuestos a infratratamiento. A modo de ejemplo, pese a la evidencia en reducción de mortalidad del tratamiento para osteoporosis, solo entre 5 y 30% recibe tratamiento farmacológico luego de una fractura osteoporótica (Oetgen et al., 2008); uno de cada tres pacientes mayores de 85 años con dolor diario por cáncer no recibe tratamiento analgésico alguno (Muravchick, 1997); 7% de los adultos mayores con depresión reciben cuidados de salud mental ambulatorios, en comparación con el 26% de los de edad media que reciben este mismo servicio. (Klap et al., 2003).

Otro aspecto a considerar es que los adultos mayores son frecuentemente excluidos de los ensayos clínicos, especialmente aquellos con múltiples enfermedades, con deterioro funcional y fragilidad. Lo que los priva de información sobre la pertinencia de determinados tratamientos, por lo que se debe tener cautela al ~~extrapolar~~ los resultados de estos estudios (Lugtenberg et al., 2011).

En concordancia con lo anteriormente expuesto es esperable que este grupo etario, especialmente aquellos con algún grado de dependencia, utilicen frecuentemente los servicios sanitarios, ya que los necesitan. Por tanto, facilitarles la disponibilidad a estos servicios y el acceso a ellos, es un imperativo ético de las sociedades modernas.

RAZONES ECONÓMICAS

El envejecimiento ocurre en condiciones diferentes a los países desarrollados que primero se enriquecieron y luego envejecieron, con un fuerte gasto en salud y sistemas sanitarios preparados para absorber esta nueva etapa.

Estas transformaciones tendrán un fuerte impacto económico para nuestro país. Según la Superintendencia de Salud, el gasto en salud en adultos mayores pasará de ser de 1% en 2002 a 2,1 o 2,5% en 2020. Este gasto se incrementa en relación con la funcionalidad: en 2002 se estimó que el gasto promedio anual era de \$590.000 en adultos mayores autovalentes, \$1.234.000 en semivalentes y \$2.220.000 en postrados (Superintendencia de Salud, 2006).

El sistema público de salud es y seguirá siendo el más desafiado por estas transformaciones, debiendo exigir al máximo sus recursos económicos, humanos y materiales, por tres motivos fundamentales.

Primero, la inmensa mayoría de las personas mayores se atiende en el sistema público de salud, según la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (Casen, Ministerio de Desarrollo Social, 2011) el 87,9 % de los mayores de 60 años está afiliado a Fonasa. Segundo, si consideramos los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (Ocde), nuestro país es el segundo que menos gasta en salud pública, sólo siendo superado por México (con una población mayor de 60 años de 9% versus 13,2% de Chile), con 3,7% del Producto Interno Bruto en 2009 (Ocde, 2009).

Tercero, existen grandes diferencias en el estado de salud de los adultos mayores que se atienden en el sistema público y aquellos que lo hacen en el privado, como lo demuestra Albala y otros investigadores, al comparar la cohorte SABE² (Salud, Bienestar y Envejecimiento) representativa del grupo Fonasa (Fondo Nacional de Salud), sistema público y la cohorte Isapre (Instituciones de Salud Previsional)³, sistema previsional de salud privado. Los adultos mayores inscritos en el sistema público tenían significativamente mayor prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, deterioro cognitivo y limitación funcional que aquellos del sistema privado (Albala et al., 2011).

POR QUÉ UNA ATENCIÓN DIFERENCIADA

Las razones demográficas, sanitarias, biomédicas y económicas anteriormente expuestas, son el punto inicial de sustento cuantitativo y cualitativo para

comprender el por qué los adultos mayores requerirán de una estructura social que sea capaz de satisfacer sus distintas demandas. Sin embargo, sumado a lo anterior, se impone un principio ético, el “Principio de Igualdad”. Éste que es reconocido por distintas constituciones alrededor del mundo, impone que “cada persona tiene derecho al mismo reconocimiento, respeto y protección de la sociedad como el que se otorga a cualquier otra persona de la comunidad”. Este mismo es aplicable tanto a criterios arbitrarios de discriminación basados en raza, género y orientación sexual, como a la edad cronológica o expectativa de vida. De lo que se concluye que el “derecho del individuo al reconocimiento, respeto y protección de la comunidad no disminuye con la edad”. De este principio se derivan los elementos esenciales de una ética de cuidados que son:

1. preocupación del bienestar de los demás,
2. respeto a sus deseos,
3. respeto a sus propios valores y a sus vidas, y
4. respeto a sus propios intereses (Harris, 2005).

Así la raíz de un sistema de salud que “maltrata o abusa” a los adultos mayores, es aquel que considera que el valor intrínseco de la vida difiere entre jóvenes y viejos, priorizando a los primeros por sobre los segundos, entendiendo el valor intrínseco de la vida, no como ausencia de muerte, sino como el respeto al bienestar, deseos, valores e intereses de las personas mayores.

- Así los puntos éticos claves en la atención de salud de los adultos mayores son:
- » Tanto la edad cronológica como la expectativa de vida no disminuyen el derecho a los cuidados de la salud.
 - » Todas las personas tienen igual derecho a los cuidados de la salud.
 - » Cuando todas las demandas de cuidados no pueden ser atendidas, debe usarse algún método equitativo de priorización, el cual no será justo si la menor prioridad se acuerda en base a edad cronológica o la expectativa de vida.

Estos principios fueron recogidos en la Asamblea Mundial del Envejecimiento (Viena, 1982), en el cual el objetivo de la asistencia sanitaria al Adulto Mayor es: “permitir a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades. Proporcionar protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesiten asistencia.”

- Los principios generales se pueden resumir en los siguientes puntos:
- » el adulto mayor requiere una atención sanitaria especial,
 - » se debe poner un especial énfasis en la prevención,
 - » se deben aplicar criterios globales en el desarrollo y análisis de los servicios;
 - » debe haber servicios de geriatría de alto nivel que formen parte de los servicios sanitarios generales,
 - » integración y coordinación,
 - » debe haber niveles asistenciales que permitan una atención progresiva y continuada,
 - » accesibilidad,
 - » evaluación continuada.

Entender la medicina geriátrica, su concepción y diseño, es crucial para el desarrollo de un sistema de salud en armonía con los principios éticos sanitarios expuestos.

ELEMENTOS FUNDAMENTALES DE UN SISTEMA DE ATENCIÓN GERIÁTRICA

Se podría decir que la primera inquietud por el cuidado de los adultos mayores surgió en el Reino Unido, luego de que en 1533 el rey Enrique VIII rompió con la Iglesia Católica y se desmantelaron los monasterios, que funcionaban como lugar de acogida de ancianos y enfermos. Producto de lo anterior, se realiza en 1552 la primera iniciativa para evaluar la pobreza en el Reino Unido, con un censo del que resultaron 350 niños sin padre, 600 hogares pobres, 200 vagabundos y 400 ancianos, estableciéndose el St. Bartholomew's Hospital y el St. Thomas Hospital para encargarse de ellos (Ives, 1946). Posteriormente, se crearon las "workhouse", viviendas de muy precarias condiciones donde terminaban sus días los adultos mayores, y los hospitales municipales. En ellos en 1935 surge la geriatría moderna. Marjorie Warren, médica titular en el West Middlesex Hospital (Warren, 1949) asumió el cuidado de enfermos crónicos adultos mayores, etiquetados de «incurables», que permanecían de por vida en salas de crónicos. Sus estudios (Warren, 1946) describen un método que se basaba en la evaluación médica y social del paciente, y la planificación de un tratamiento médico y de rehabilitación orientado a la mejoría funcional y a la reintegración en la comunidad, con lo que consiguió dar el alta hospitalaria a "esos pacientes incurables".

De las experiencias de la Dra. Warren se desprende que la forma de enfermar de los adultos mayores es particular, en el cual los cambios físicos y conductuales (cognitivos y afectivos) propios del envejecimiento, así como factores sociales y económicos, determinan la capacidad de respuesta y la reserva funcional de los adultos mayores. Esta última puede acelerar su declinación al agregarse enfermedades agudas y crónicas, así como los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos prescritos (ejemplo: la indicación de reposo y contención física al hospitalizarse, que llevan a inmovilidad). Lo anterior conlleva una menor reserva funcional y una progresión de la "fragilidad" que puede derivar en mayor pérdida funcional, deterioro de su calidad de vida, pérdida de autovalencia, institucionalización y muerte.

La enfermedad del adulto mayor en este paradigma, presenta características especiales en las que destaca: su presentación atípica (frecuentemente en forma de pérdida de función), el deterioro rápido si no se trata, la alta incidencia de complicaciones secundarias (tanto de la enfermedad como del tratamiento utilizado), la necesidad de rehabilitación, la tendencia a la cronicidad e incapacidad y la importancia de los factores ambientales y sociales para su recuperación (Alonso, 2004).

Este modelo resalta tres conceptos que son fundamentales a la hora de evaluar y diseñar estrategias de intervención para los adultos mayores. La fragilidad, la autovalencia y la calidad de vida.

El objetivo fundamental de la atención geriátrica es el adulto mayor frágil. La edad cronológica es un criterio insuficiente para evaluar las necesidades de un adulto mayor, ya que un porcentaje importante de ellos alcanza edades avanzadas en buen estado de salud (Rubenstein, 1987).

La fragilidad se podría definir como un estado de vulnerabilidad aumentado y una capacidad disminuida para mantener la homeostasis, relacionado con el envejecimiento y caracterizado por una declinación de la reserva funcional en múltiples sistemas fisiológicos (Fried et al., 2009). La operatividad de este concepto ha sido compleja, con varios autores que incluyen distintas combinaciones de componentes como estatus nutricional, energético, actividad física, movilidad, fuerza, resistencia y cognición, entre otros (Ferrucci et al., 2004).

Fried (Fried et al., 2009) describe las razones para considerar la fragilidad el eje central de la práctica geriátrica:

- a. Los adultos mayores frágiles son aquellos con el mayor riesgo de resultados adversos, tales como: caídas, deterioro funcional, hospitalización y muerte (Fried et al., 2001).
- b. Las enfermedades particulares, solas o en conjunto, no son suficientes para explicar el resultado funcional en adultos mayores ni la inconstancia de respuesta a sus tratamientos, sugiriendo que existe una alteración independiente de la enfermedad, relacionada con la edad, que da cuenta de la progresiva variabilidad en la salud, discapacidad y pronóstico. Por ejemplo, la velocidad de marcha disminuida se asocia a aumento en la tasa de eventos cardiovasculares futuros, luego de un infarto agudo al miocardio (Matsuzawa et al., 2013), y es un predictor independiente de mortalidad luego de cirugía cardíaca (Bagnall et al., 2013). Rockwood en el Canadian Study of Health and Ageing y en el estudio de cohorte Gothenburg H-70 demuestra que la acumulación de déficit predice mortalidad linealmente en relación al número de estos (Rockwood et al., 2006).
- c. La fragilidad discurre en un continuo desde un estado de pre-fragilidad, subclínico, hasta uno avanzado con discapacidad o dependencia, siendo en este último poco probable que responda a terapias de rehabilitación y teniendo una alta probabilidad de morir al corto plazo.
- d. La prevalencia de fragilidad es alta. Un estudio en la Ciudad de México estimó la prevalencia de fragilidad en 15,7% y de pre-fragilidad en 33,3% (Sánchez-García et al., 2013).

Finalmente y producto de las razones anteriormente expuestas, los adultos mayores frágiles son un subgrupo con una alta necesidad de cuidados de salud, soporte comunitario y servicios informales (por ejemplo, los cuidadores), así como cuidado a largo plazo. Todo lo cual los convierte en el grupo más vulnerable a maltrato estructural del sistema de salud.

Las necesidades especiales de este grupo son la base para la creación de la valoración geriátrica integral, así como el diseño de sistemas sanitarios geriátricos especializados que provean cuidado clínico óptimo, que permita disminuir los resultados adversos prevenibles en adultos mayores frágiles.

La valoración geriátrica integral (VGI), dice relación con la evaluación del estado de salud de las personas mayores que resalta componentes y resultados diferentes a la médica tradicional, reconociendo que el estado de salud de un adulto mayor es especialmente sensible a variables más allá de la biomédica, como la

mental y psicológica, social y ambiental. La prioridad es el estado funcional, como una variable a evaluar y un resultado a preservar y mantener. Este proceso de evaluación y de planificación del cuidado es por esencia interdisciplinario (incorpora médicos, terapeutas ocupacionales, kinesiólogos, asistente social, psicólogos, entre otros), dado lo complejo de cada uno de sus aspectos, que consumen no sólo tiempo, sino que recursos humanos con competencias diferentes. La atención al anciano mejora en calidad cuando sus problemas son manejados en el seno de un equipo de salud preparado, que debe actuar de forma interdisciplinaria. Es decir, deben mantener objetivos comunes e interactuar formalmente, compartiendo los puntos de vista de cada profesional. Este equipo recoge información que deriva en la elaboración de planes de cuidados integral e individualizado, con el objetivo principal de preservar la funcionalidad y la calidad de vida.

La VGI en pacientes hospitalizados ha demostrado aumentar la sobrevida y disminuir la institucionalización, luego de 12 meses de seguimiento versus el cuidado médico general (Ellis et al., 2011). Además del hospital, la VGI ha demostrado disminuir las re-hospitalizaciones y las consultas a servicios de urgencia (Legrain et al., 2011). En pacientes en domicilio disminuye la admisión a instituciones de larga estadía y el deterioro funcional (Stuck et al., 2002).

El proceso dinámico interdisciplinario de evaluación y planificación de cuidados a los adultos mayores, requiere de un sistema de salud que tenga características especiales. Un primer atributo es que los cuidados deben ser “progresivos”, el objetivo es que el paciente transite desde un estado de dependencia a uno de independencia. Las necesidades de atención, la dependencia y el grado de la misma, no son estáticas, sino claramente dinámicas. Lo que puede ser suficiente para un adulto mayor puede ser claramente insuficiente para otro, o para el mismo anciano en otro momento o en otras circunstancias. Esto se logra en la medicina geriátrica a través de niveles de atención (unidades hospitalarias especializadas para adultos mayores, unidades para pacientes que requieren recuperación funcional o cuidados sanitarios de larga duración y unidades de atención comunitaria).

Estos niveles deben actuar en red (funcionar en forma coordinada) y ser continuados, comunicándose durante la transición entre cada uno de ellos, de manera que no sea nefasto para el paciente. Lo anterior, resulta fundamental a nivel de atención hospitalaria, dada la frecuente relación con otros servicios clínicos (psiquiatría, traumatología, etc.), que aportan a la recuperación de los adultos mayores, pero en los que se corre el riesgo de entregar atención fragmentada. Una vez devuelto el paciente al ámbito ambulatorio, es indispensable una fluida interacción hospital-comunidad, y entre los equipos de atención primaria y los servicios sociales, así como el adecuado seguimiento de los pacientes, de manera que permita la integración del adulto mayor y la mantención en su medio social.

La atención geriátrica ha demostrado fundamentalmente ser eficaz y eficiente en términos de recursos económicos en salud, siendo clave para conseguir el fin de la precocidad del ingreso a los servicios geriátricos especializados (González-Montalvo et al., 1999).

Los modelos de atención geriátrica varían de país a país, y deben ser adap-

tados a las particularidades socioculturales, económicas, recursos humanos, entre otros. Cada país tiene que generar un sistema de atención adaptado a sus propias necesidades y basado en sus propios recursos (Barker, 1990). Sin embargo, como se mencionó, los atributos comunes de los modelos que funcionan son: intervención precoz, cuidados continuados y seguimiento post alta, los cuales se producen en estructuras concretas (servicios de atención geriátrico) (Alonso, 2004).

NIVELES DE ATENCIÓN EN GERIATRÍA

A continuación se plantearán las principales respuestas de la medicina geriátrica para cada nivel de atención, si bien existen muchos otros, los expuestos aquí son los con mayor nivel de evidencia. En éstos se realiza la VGI como herramienta central que permite planificar y coordinar los cuidados. Además, se incluye los establecimientos de larga estadía, ya que son de uso masivo en Chile, producto de la falta de otras respuestas de distintos eslabones socio-sanitarios.

Nivel Hospitalario

Los adultos mayores hospitalizados tienen más probabilidades de sufrir complicaciones iatrogénicas derivados de ésta, lo que provoca estadías más prolongadas, y hospitalizaciones más complejas. Por ejemplo, hay mayor prevalencia de infecciones asociadas a catéteres y sondas, eventos tromboembólicos, caídas, delirium y eventos adversos a fármacos, entre otros. Explicaremos tres riesgos comunes para graficar la magnitud del problema. Es relevante durante la hospitalización de adultos mayores el delirium, que se caracteriza por un cuadro confusional agudo de origen multifactorial y que se asocia a aumento en los días de hospitalización, costos en salud y mortalidad. En Chile su prevalencia en adultos mayores de 65 años puede llegar hasta 53% y en mayores de 75 años hasta 66% (Carrasco et al., 2005). Incluso en pacientes afectados durante su estadía en el hospital, se observa un riesgo significativo de institucionalización y mayor mortalidad versus aquellos que no lo presentan, medido a un año post egreso (McAvay Gail et al., 2006).

Otro caso relevante son la infecciones intrahospitalarias, especialmente la infección urinaria, que aumenta significativamente su riesgo con el uso de sondas vesicales, de las cuales 21% se utilizan sin una clara indicación y permanecen injustificadamente cerca de un tercio del tiempo de hospitalización (Saint et al., 2002).

Un tercer riesgo en la seguridad de los adultos mayores en el hospital, son las reacciones adversas a medicamentos, 61% de los pacientes pueden presentar a lo menos un evento adverso. Además, se asocian significativamente con el número de patologías concurrentes, el número de medicamentos y el uso de fármacos inapropiados para adultos mayores (Passarelli et al., 2005).

Considerando los riesgos expuestos, no es sorprendente que la hospitalización, especialmente para el grupo de adultos mayores frágiles, se relacione directamente con un aumento en el desarrollo de dependencia en actividades de la vida diaria posterior a ésta. La cual se estimó en una cohorte de mujeres adultas mayores frágiles en 56% versus 20% aquellas no frágiles, previamente

independientes (Boyd et al., 2005). Otro estudio mostró que a 12 meses del alta hospitalaria, aquellos que egresaban con una nueva o adicional discapacidad en actividades de la vida diaria, 30% volvía a su función basal, 28,6% estaban vivos pero no recuperaban su nivel basal y 41,3% fallecía (Boyd et al., 2008).

Unidades Geriátricas de Agudos (UGA). Son las unidades geriátricas de mayor complejidad. El objetivo es prestar atención especializada a adultos mayores hospitalizados que cumplen criterios de fragilidad, con enfermedades agudas o reagudizaciones de enfermedades crónicas. Permitiendo, además, el manejo de síndromes geriátricos, prevención de la discapacidad que genera la enfermedad y hospitalización, preparación de alta y reintegración armoniosa con la comunidad.

La intervención consiste en un modelo de atención centrado en el paciente cuyo énfasis es la independencia y rehabilitación desde el ingreso al hospital y un equipo interdisciplinario altamente capacitado, que proveen un cuidado coordinado dentro de una unidad hospitalaria, liderado por médicos altamente especializados en geriatría.

Existe evidencia de primer nivel que demuestra que las Unidades Geriátricas de Agudos (UGA) en comparación a otros servicios médicos, se asocian significativamente a menor riesgo de caídas, delirium, estadía hospitalaria, menor mortalidad y una menor tasa de reingresos. Así como a una mejoría funcional post alta y disminución de los costos hospitalarios (Fox et al., 2012; Baztán et al., 2009).

Pese a la evidencia expuesta, en Chile solo existen dos UGA, que cuentan en total con 18 camas.

Por otro lado, según los registros de la Superintendencia de Salud en noviembre de 2013, en Chile hay 68 geriatras reconocidos por esta entidad. El número de adultos mayores de 60 años estimados por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) para 2010 es de 2.213.436, luego al dividirlo por el número de geriatras registrados, nos da que en nuestro país hay un geriatra cada 32.551 adultos mayores. Lo que refleja la enorme brecha entre los médicos especialistas en geriatría existentes y el mínimo recomendado internacionalmente, que es de un geriatra por cada 5.000 personas mayores de 60 años (Marín, 2007).

Cuidados Sub Agudos. Tiene como objetivo principal atender a pacientes que presentan un deterioro funcional potencialmente reversible y una vez superada la fase aguda de la enfermedad, requieren de cuidados médicos, enfermería o rehabilitación funcional, que no pueden ser entregados a nivel primario, en domicilio o en una residencia, pero que no requieren la complejidad de una unidad geriátrica de agudos. El objetivo es mantener a la persona mayor en la comunidad evitando la institucionalización y a la vez permitir un egreso hospitalario precoz, evitando su reingreso.

En experiencias extranjeras, como la española, éstas se han denominado Unidades de Estancia Media (UME) o Recuperación Funcional, en las que esencialmente se realiza esto mismo. Estas unidades tienen un alto nivel de evidencia que la avala, similar al de las UGA (Bachmann et al., 2010).

Actualmente hay tres centros de recuperación funcional especializados en

la atención de adultos mayores en Chile (centro de la Caja de Previsión de la Defensa Nacional, Capredena), Instituto Nacional de Geriatría y el Hospital de la Paz de Limache). Es clara la necesidad de nuevos centros que establezcan un eslabón intermedio entre el hospital y la comunidad, previniendo el deterioro funcional, institucionalización y rehospitalización.

Hospital de Día Geriátrico. Se define como un centro diurno interdisciplinario, parte de la cadena sanitaria de atención geriátrica, integrado en un hospital, al que acuden adultos mayores viviendo en la comunidad, con el objetivo principal de posibilitar que continúen viviendo en su domicilio. Poniendo especial énfasis en la recuperación funcional, sin olvidar el seguimiento de los problemas médicos, de enfermería y sociales, y actuando de puente entre el hospital y la comunidad (Brocklehurst, 1973; Role of day hospital care. *BMJ* 4:223-5). También existe una considerable evidencia que los avala (Forster et al., 2008).

En nuestro país existen experiencias de Hospitales de Día, actualmente el único que funciona es el adosado al Instituto Nacional de Geriatría.

Nivel Comunitario

Atención Geriátrica a domicilio

Incluye una serie de programas con diversos objetivos de atención al paciente. Son realizados por un equipo hospitalario especializado que valora y proporciona cuidados de salud integrales domiciliarios a personas mayores frágiles y que habitualmente presentan algún grado de compromiso funcional. Permite apoyar a la red de atención primaria, a través de una coordinación del plan de cuidados. Por otro lado, permite aliviar a los cuidadores. Estos programas incluyen visitas domiciliarias preventivas, hospitalización domiciliaria, cuidados tras el alta hospitalaria, cuidados crónicos paliativos y rehabilitación domiciliaria.

Actualmente, en Chile no hay programas de este tipo dirigido a adultos mayores que funcionen en forma regular y sostenida.

NIVEL PRIMARIO DE SALUD

A nivel primario se han realizado algunas iniciativas destinadas a aplicar herramientas de diagnóstico de situación de salud de los adultos mayores y algunas destinadas a intervenciones.

Por ejemplo, el “Examen de Medicina Preventivo del Adulto Mayor (Empam)” (Minsal, 2008). Este instrumento, principal indicador de salud en los adultos mayores, provee información valiosa acerca del estado de salud de las personas mayores, que sin embargo, no se ha traducido en protocolos de atención estandarizada para los problemas potencialmente identificados, ni en la confección de un modelo de atención continuada, progresiva y especializada de dicho grupo de mayores.

La estrategia de gestión de casos consiste en una dupla socio sanitaria entre una enfermera y asistente social, para planificar e implementar las acciones para

cada caso en particular, articulando las redes necesarias, de tal forma de adecuar las respuestas para cada persona mayor desde su propia individualidad y proceso de envejecimiento. Este derivó en la publicación de un manual en 2009 (Minsal, 2009), pero su implementación ha sido escasa y heterogénea, y hasta ahora inviable por la ausencia de recursos para gestionar.

Claramente la ausencia de las estrategias domiciliarias enunciadas deriva en una sobrecarga para el sistema primario de salud, así como para los cuidadores de adultos mayores, especialmente aquellos con algún grado de dependencia, que deben desplazarse a los consultorios para resolver sus patologías en un sistema que no está adaptado a sus necesidades y complejidad.

Obviamente es útil identificar pacientes de riesgo (ancianos frágiles), sin embargo, la detección es la primera etapa de una estrategia planificada y programada para asistir las necesidades develadas y cuyos eslabones son rudimentarios o francamente inexistentes.

RESIDENCIAS DE ADULTOS MAYORES **(Establecimientos de larga estadía, Eleam)**

La Sociedad Extremeña de Geriatría y Gerontología describe que “la institucionalización de una persona mayor, tiene consecuencias tanto para el individuo (necesidad de adaptación a un nuevo sistema de vida, limitaciones en su autonomía y complicaciones asociadas a la institucionalización) como para la sociedad (incremento de los costes). Debe considerarse el último recurso de la cadena de los cuidados continuados. Si se considera el derecho a la autonomía (las personas mayores tienen derecho a ser cuidadas tanto como sea posible donde deseen y la mayoría, al igual que en cualquier otra edad, prefieren su domicilio). La institucionalización debe entenderse como un fracaso de los sistemas tanto de salud como sociales en el soporte del paciente” (Alonso, 2004).

Los cuidados de salud en las residencias son con frecuencia de mala calidad, como por ejemplo, personal de apoyo no preparado, mal uso de psicofármacos y contenciones físicas, infradiagnóstico, uso inadecuada de los servicios de urgencia y hospitalizaciones innecesarias (Jaramillo, 2001).

En Chile, según un estudio de Marín y otros (2004), existen cerca de 1.668 residencias y alrededor de 37% serían de carácter “informal” (Marín et al., 2004). En un catastro a 726 establecimientos (Senama, 2013), se observa que 26,4% de las personas mayores institucionalizadas son autovalentes y que por lo tanto podrían asistir a otros servicios ambulatorios, como centros de día, con la finalidad de evitar su institucionalización. Lo anterior está en línea con estudios internacionales que reportan una alta tasa de institucionalización inadecuada en adultos mayores, que va desde 25 a 75% (Newham et al., 1996; Hutchinson et al., 1998).

CONCLUSIONES

Con base en lo anterior, el sistema de salud chileno debería responder por razones demográficas, sanitarias, biomédicas, económicas y finalmente éticas a este grupo que presenta mayor vulnerabilidad. Sin embargo, existen severas deficiencias en la estructura sanitaria nacional que hacen patente estas inequidades en la provisión de sistemas geriátricos de atención, los cuales han demostrado ser efectivos en optimizar el pronóstico, calidad de vida y funcionalidad en los adultos mayores vulnerables.

Un sistema que no contempla los dispositivos asistenciales, que tienen probada evidencia científica para las personas mayores, constituye una severa omisión al principio de igualdad y se enmarca en categórico maltrato estructural.

En consecuencia, se requiere una reingeniería en el actual modelo de salud chileno, puesto que la atención que se brinda a los adultos mayores es desintegrada entre los distintos niveles de salud y está diseñado para el diagnóstico de enfermedad y dar respuesta a eventos únicos, esencialmente para personas mayores en estado de enfermedad aguda. Incluye reembolsos e incentivos económicos por parte de los fondos de previsión de salud público y privado, para el cuidado fundamentalmente de categorías diagnósticas específicas (por ejemplo, programa de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, entre otros). Este enfoque no permite satisfacer las necesidades de cuidados complejos en contexto de enfermedades crónicas múltiples, especialmente cuando estas ocurren en un entorno de fragilidad.

Por otro lado, la relación con los profesionales que los atienden es fragmentada por patologías, sin énfasis en la autonomía y funcionalidad, los cuales son los objetivos primordiales de la atención geriátrica. El personal de salud frecuentemente está sobrecargado e insuficientemente preparado para atender la complejidad y los desafíos propios de este grupo. Esto deriva en problemas de infraestructura, cuidado y tratamiento o por el contrario de medidas terapéuticas desproporcionadas que no están centrados en las preferencias del paciente, vulnerando la autonomía de las personas mayores.

Los adultos mayores, especialmente aquellos vulnerables, requieren frecuentemente de cuidados a nivel hospitalario, sin embargo, su ingreso a este nivel los expone a potenciales riesgos, que pueden devenir en un deterioro de su calidad de vida y paradójicamente de su nivel de salud. Esto se explica porque no existen especialistas, dispositivos asistenciales y condiciones adecuadas para su manejo, por lo que es necesario una aproximación sistemática especializada para su evaluación e intervención, así como cambios estructurales específicamente diseñados para requerimientos altamente complejos.

Dentro de las iniciativas nacionales a nivel hospitalario, destacan dos características: su escasas (solo 2 UGA en Chile) y falta de continuidad cuando se han implementado (UGA Hospital Metropolitano). Lo anterior ha ocurrido pese a que existe abundante literatura que recomienda las unidades geriátricas a este nivel, producto de que logran un alto impacto en los principales objetivos buscados, calidad de vida y funcionalidad, a la vez que son costo efectivos.

El tránsito de los adultos mayores desde el hospital a la comunidad, y viceversa, en el sistema de salud actual, en el cual existe una pobre comunicación entre ambos niveles, supone discontinuidades en el cuidado de los pacientes, donde información relevante se puede perder y los planes de cuidado se fragmentan. Por lo que no es de extrañar que el período de mayor riesgo de reingreso al hospital sea inmediatamente después del alta. Los programas de salud actuales no consideran una adecuada monitorización del paciente que egresa del hospital a la comunidad, tampoco existen incentivos económicos para su implementación. Una transferencia adecuada y estructurada es una responsabilidad en el cuidado de los pacientes y requiere de una estructura sanitaria que permita un diálogo fluido y continuo entre los distintos componentes en la cadena de cuidados.

A nivel primario los programas en curso actúan en forma descoordinada y no siempre ha sido acompañados de una correcta capacitación del personal de salud que las cristalizará. Adicionalmente, es decepcionante la ausencia de evaluaciones que permita medir el impacto real de éstas, con el objetivo de realizar las correcciones y ajustes necesarios.

Es relevante mencionar que las acciones de promoción de la salud no radican solamente en los consultorios, sino que son otorgados por los llamados servicios "socio sanitarios", en el que están involucrados además del nivel primario de salud organismos como municipalidades, juntas de vecinos, centros de día, entre otros. Actualmente la interacción con éstos es fragmentada, constituyéndose por unidades que no dialogan entre sí, lo que produce acciones redundantes o ausencia de algunas que son necesarias.

La estructura sanitaria que se espera para la óptima provisión de cuidados, especializados y complejos, debe identificar a los pacientes frágiles y prevenir o disminuir el deterioro funcional y la dependencia, con el fin de implementar acciones que impidan su progresión, la aparición de complicaciones y evitar la institucionalización.

Un sistema de salud que se haga cargo de estas necesidades debe tener respuestas sanitarias que acompañen a los adultos mayores en las distintas etapas de su enfermedad, y que se articulan en función de los cuidados requeridos, con el objetivo de devolverlo a la comunidad lo más pronto posible. Es el medio el que tiene que modificarse y adaptarse a este nuevo tipo de usuarios y no los adultos mayores quienes deben acomodarse a un sistema sanitario caduco.

Una vez más recalcamos que la medicina geriátrica, a través de equipos especializados en la atención de adultos mayores, que trabajan coordinadamente y en distintos niveles de atención, ha sido exitosa en la experiencia internacional en mejorar la calidad de vida, preservar la funcionalidad, disminuir el uso de recursos y los costos asociados en salud.

Solo superaremos el maltrato en salud cuando cumplamos el deber ético con aquellos que envejecen, es decir, responder a la necesidad de aumentar calidad de vida a los años ya conquistados.

NOTAS AL CAPÍTULO 5

1. Dentro de las actividades básicas de la vida diaria o ABVD están levantarse y acostarse, desplazarse en el hogar, asearse solo, control de necesidades, vestirse, comer y beber, cambio en las posiciones del cuerpo. Las actividades de tipo instrumental o AIVD están referidas a deambular sin medio de transporte, usar el teléfono, realizar compras, preparar comida, preocuparse del bienestar de la familia, mantenimiento de la casa, entre otros.
2. Encuesta sobre salud, bienestar y envejecimiento.
3. Instituciones de salud previsional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- » Albala, C., Sánchez, H., Lera, L., Angel, B. & Cea, X. (2011). Socioeconomic inequalities in active life expectancy and disability related to obesity among older people. *Rev Med Chil.* 139(10):1276-85
- » Alonso, T., Alonso-Ruiz, M.T., Arana, A., Gallego, R., Gálvez, N., Lozano, G., Herrero, J.L., Jaramillo, E., Martín, J. & Saiz, F. (2004). Informe de la Sociedad Extremeña de Geriatria y Gerontología (Soggex). Necesidad del desarrollo de servicios especializados de atención al anciano frágil (II) *Rev Esp Geriatr Gerontol* 39 (2): 122-38; 193-205.
- » American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. (2012). Guiding principles for the care of older adults with multimorbidity: an approach for clinicians. *J Am Geriatr Soc* 60:E1
- » Anetzberger, GJ., Korbin, JE. & Austin, C. (1994). Alcoholism and elder abuse. *J Interpers Viol* 9: 184-93. 25
- » Asamblea Mundial del Envejecimiento. (1982). *Rev Esp Geriatr Gerontol* 17 (Suppl):279-314
- » Bachmann, S., Finger, C., Huss, A., Egger, M., Stuck, AE. & Clough-Gorr, KM. (2010). Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ.* 20;340:c1718.
- » Bagnall, NM., Faiz, O., Darzi, A. & Athanasiou, T. (2013). What is the utility of preoperative frailty assessment for risk stratification in cardiac surgery?. *Interact Cardiovasc Thorac Surg.* Aug;17(2):398-402
- » Barker, RA. (1990). The role of geriatric medicine. En: Kane RL, Evans JG, MacFadyen D, editors. *Improving the health of older people: a world view.* Oxford: Oxford University Press, p. 440-51
- » Baztán, JJ., Suárez-García, FM., López-Arrieta, J., Rodríguez-Mañas, L. & Rodríguez-Artalejo, F. (2009). Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis. *BMJ.* 22;338:b50

- » Boyd, CM., Landefeld, CS., Counsell, SR., Palmer, RM., Fortinsky, RH., Kresevic, D., Barrant, C. & Covinsky, KE. (2008). Recovery of activities of daily living in older adults after hospitalization for acute medical illness. *J Am Geriatr Soc.* 56(12):2171-9
- » Boyd, CM., Xue, QL., Simpson, CF., Guralnik, JM. & Fried, LP. (2005). Frailty, hospitalization, and progression of disability in a cohort of disabled older women. *Am J Med.* 118(11):1225-31
- » Bristowe, E. & Collins, J. (1998). Family mediated abuse of noninstitutionalized frail elderly men and women in British Columbia. *J Elder Abuse Neglect* 1: 45-64.
- » Brocklehurst, JC. (1973). Role of day hospital care. *BMJ* 4:223-5
- » Celade. (2009). Observatorio Demográfico N°7: Proyección de Población Celade - División de Población de la Cepal
- » Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía Celade-Cepal. (2007). Protección y Participación en la Vejez: Escenarios futuros y políticas de públicas para enfrentar el envejecimiento en Chile.
- » Compton, SA., Flanagan, P. & Gregg, W. (1997). Elder abuse in people with dementia in Northern Ireland: prevalence and predictors in cases referred to a psychiatry of old age service. *Int J Geriatr Psychiatry*, 12: 632-35.
- » Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. (2011). Informe Estadístico de Egreso Hospitalario.
- » Dyer, C., Connolly, M. & McFeeley, P. (2002). The clinical and medical forensics of elder abuse and neglect. En: Bonnie R, Wallace R, eds. *Elder Abuse: abuse, neglect, and exploitation in an aging America*. Washington DC: National Academy Press.
- » Ellis, G., Whitehead, MA., O'Neill, D., Langhorne, P. & Robinson, D. (2011). Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database Syst Rev.* (7):CD006211
- » Ferrucci, L., Guralnik, JM., Studenski, S., et al. (2004). Designing Randomized, Controlled Trials aimed at preventing or delaying functional decline and disability in frail, older person: a consensus report. *J Am Ger So.* 52:625-634
- » Forster, A., Young, J., Lambley, R. & Langhorne, P. (2008). Medical day hospital care for the elderly versus alternative forms of care *Cochrane Database Syst Rev.* 8;(4):CD001730
- » Fox, MT., Persaud, M., Maimets, I., O'Brien, K., Brooks, D., Tregunno, D. & Schraa, E. (2012). Effectiveness of acute geriatric unit care using acute care for elders components: a systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc.* 60(12):2237-45.

- » Fried, LP, Tangen, CM., Walston, J., Newman, AB., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, WJ., Burke, G. & McBurnie, MA. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol Med Sci* 56:M146-M156
- » Fried, LP., Walston, J., & Ferrucci L. (2009). Frailty. En W. R. Hazzard (Ed). *Hazzard's geriatric medicine and gerontology* (pp. 631-645). Sixth edition. Mc Graw Hill Medical
- » Grafstrom, M., Nordberg, A. & Winblad, B. (1993). Abuse is in the eye of the beholder. *Scand J Soc Med* 21: 247-55
- » González-Montalvo, JI., Alarcón, T., Del Río, M., Gotor, P. & Aceituno, V. (1999). Resultados asistenciales de un equipo consultor geriátrico en un hospital general. Cuatro años de actividad. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 34:336-45).
- » Harris, J. (2005). Cuestiones éticas en geriatría. En Tallis R, Fillit H (Ed) *Geriatría*. Brocklehurst´s. (pp). Sexta Edición. Marbán Libros. Madrid. España.
- » Homer, AC., Gilleard, C. (1990). Abuse of elderly people by their careers. *BMJ* 301: 1359-62.
- » Hutchinson, G., Tarrant, J. & Severs, M. (1998). An impatient bed for acute nursing home admissions. *Age Ageing* 27:95-8
- » Instituto Nacional de Estadísticas, INE. Gobierno de Chile. (2002). Síntesis censo.
- » Instituto Nacional de Estadísticas, INE. Gobierno de Chile. (2005). Proyecciones y Estimaciones de Población. Total País: 1990-2050
- » Ives, AGL. (1946). Responsibility for the chronic sick: the historical perspective. *Lancet* ii: 915-916.
- » Jaramillo, E. (2001). Atención sanitaria al anciano con incapacidad crónica no reversible. En: Rodríguez L, Solano JJ, coordinadores. *Bases de la atención sanitaria al anciano*. SEMEG 183-206
- » Klap, R., Unroe, KT. & Unutzer, J. (2003). Caring for mental illness in the United States: a focus on older adults. *Am J Geriatr Psychiatry* 11:517-24.
- » Lachs, M. S., Berkman, L., Fulmer, T. & Horwitz, RI. (1994). A prospective community-based pilot study of risk factors for the investigation of Elder abuse. *J Am Ger Soc* 42:169-73
- » Lachs, MS. & Pillemer, K. (1995). Abuse and neglect of elderly persons. *N Engl J Med* 16;332(7):437-43
- » Lachs, MS., Williams, CS., O'Brien, S., Pillemer, KA. & Charlson, ME. (1998). The mortality of elder abuse. *JAMA* 280: 428-43

- » Lachs, M. & Pillemer, K. (2004). Elder Abuse. *Lancet* 364: 1263-72.
- » Lachs, MS., Williams, CS., O'Brien, S. & Pillemer, KA. (2002). Adult protective service home use and nursing home placement. *Gerontologist* 42: 734-39.
- » Landefeld, CS. A (1995). Randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients. *N Engl J Med* 332:1338-44
- » Legrain, S., Tubach, F. & Bonnet-Zamponi, D. (2011). A new multimodal geriatric discharge-planning intervention to prevent emergency visits and rehospitalizations of older adults: the optimization of medication in AGEd multicenter randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc.* 59(11):2017-28.
- » Lugtenberg, M., Burgers, JS., Clancy, C. et al. (2011). Current guidelines have limited applicability to patients with comorbid conditions: A systematic analysis.
- » Carrasco, M., Hoyl, T., Marín, PP., Hidalgo, J., Lagos, C., Longton, C., Chávez, P., Valenzuela, E. & Arriagada, D. (2005). Subdiagnóstico de delirium en adultos mayores hospitalizados. *Rev Méd Chile* 133: 1449-1454.
- » Marín, P. et al. (2004). Adultos mayores institucionalizados en Chile: Como saber cuántos son?. *Rev. med Chile*: 132: 832-838.
- » Marín, P. (2007). Reflexiones para considerar en una política pública de salud para las personas mayores. 135: 392-398.
- » Matsuzawa, Y., Konishi, M., Akiyama, E. & Suzuki, H. (2013). Association between gait speed as a measure of frailty and risk of cardiovascular events after myocardial infarction. *Am Coll Cardiol.* 14;61(19):1964-72
- » McAvay, J., Van Ness, P., Bogardus, Jr., Zhang Y., Leslie, D., Leo-Summers, L. & Inouye, S. (2006). Older Adults Discharged from the Hospital with Delirium: 1-Year Outcomes. *J Am Geriatr Soc* 54:1245-1250
- » Ministerio de Desarrollo Social. Gobierno de Chile. (2011). Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional.
- » Ministerio de Salud (Minsal). Gobierno de Chile. (2008). Manual de aplicación del examen de medicina preventiva del adulto mayor.
- » Ministerio de Salud (Minsal) Gobierno de Chile. (2009). Manual de gestor de caso del adulto mayor en riesgo de dependencia.
- » Ministerio de Salud (Minsal) Gobierno de Chile. (2011). Encuesta Nacional de Salud ENS Chile. 2009-2011. Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile, y Departamento de Epidemiología, División de Planificación Sanitaria.

- » Muravchick, S. (1997). *Geroanesthesia. Principles for management of the elderly patient.* Harcourt Brace.
- » National Academies of Sciences. (2002). *Elder abuse: abuse, neglect, and exploitation in an aging America.* Bonnie R, Wallace R, eds. Washington DC: National Academy Press
- » Newham, DM., Berrington, A., Primore, WR. & Seymour, DG. (1996). Selffunding and community care admissions to nursing homes in Aberdeen. *Health Bull* 54:301-6.
- » Oetgen, ME. & Kirk, J. et al. (2008). Orthopaedic management improves the rate of early osteoporosis treatment after hip fracture. *J Bone Joint Surg Am* 2008;90: 2346-53.
- » OPS/PAHO. (2013). *Situación de salud de las Américas: Indicadores Básicos de Salud.*
- » PAHO. (2010). *Pan American Health Organization, Health Information and Analysis Project. Regional Core Health Data Initiative.* Washington DC
- » Palloni, A. (2002). Demographic and health conditions of ageing in Latin America and the Caribbean. *Int J Epidemiol.* 31:762-71
- » Passarelli, MC., Jacob-Filho, W. & Figueras, A. (2005). Adverse drug reactions in an elderly hospitalised population: inappropriate prescription is a leading cause. *Drugs Aging.* 22(9):767-77
- » Pillemer, K. (2004). Elder abuse is caused by the deviance and dependence of abusive caregivers. En: Loseke D, Gelles R, Cavanaugh M, eds. *Current Controversies on Family Violence.* Newbury Park, CA: Sage
- » Rockwood, K., Mitnitski, A., Song, X., Steen, B. & Skoog, I. (2006). Long-term risks of death and institutionalization of elderly people in relation to deficit accumulation at age 70. *J Am Geriatr Soc.* 54(6):975-979.
- » Rubenstein, LZ. (1987). Geriatric assessment: on overview of its impact. *Clin Geriatr Med* 3:1-15.
- » Saint, S., Lipsky, BA. & Goold, SD. (2002). Indwelling urinary catheters: a one-point restraint?. *Ann Intern Med.* 137:125-127.
- » Sánchez-García, S., Sánchez-Arenas, R. & García-Peña, C. (2013). Frailty among community-dwelling elderly Mexican people: Prevalence and association with sociodemographic characteristics, health state and the use of health services. *Geriatr Gerontol Int.* doi: 10.1111/ggi.12114.
- » Senama. Gobierno de Chile. (2013). *Estudio de Actualización del catastro Establecimientos de Larga Estadia. Informe Final.*

- » Senama. Gobierno de Chile. (2009). Estudio Nacional de la Dependencia en Personas Mayores.
- » Servicio Nacional del Adulto Mayor. Senama. (2007). Guía de Prevención del Maltrato en Personas Mayores.
- » Social expenditure: Aggregated data, OECD Social Expenditure Statistics (database) <http://www.oecd.org/statistics/>. DOI :10.1787/els-socx-data-en
- » Superintendencia de Salud. Gobierno de Chile. (2006). Impacto del Envejecimiento en el gasto en salud: Chile 2002 - 2020. Departamento de Estudios y Desarrollo.
- » Superintendencia de Salud. Gobierno de Chile. (2013). Registro de prestadores individuales).
- » Warren, MV. (1946). Care of the chronic aged sick. *Lancet* ii: 841-843.
- » Warren, MV. (1949). The role of a geriatric unit in a general hospital *Ulster Med J* (May 3-12).

SALUD MENTAL E INTEGRACIÓN SOCIAL EN LA TERCERA EDAD: UNA VISIÓN SISTÉMICA DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL COMO MALTRATO

Daniela Thumala-Dockendorff

RESUMEN

En este capítulo se analiza la integración social asociada al bienestar de las personas mayores; y como una sociedad que excluye de los ámbitos institucionales comunitarios y familiares, se configura como una sociedad que maltrata a las personas mayores.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional, que se presentó primero en los países desarrollados - y de forma acelerada en la región Latinoamericana, como es el caso de Chile - se ha transformado, en un breve plazo, en un reto que va más allá del mundo privado, proyectándose a todas las dimensiones de la sociedad. En el escenario descrito, uno de los principales desafíos que enfrentan los países es contar con posibilidades que contribuyan a que aquellos que envejecen mantengan sus condiciones de bienestar y salud, tanto física como mental. La complejidad que ha alcanzado la sociedad contemporánea impide considerar la integración social como un fenómeno unívoco, pues tiene múltiples expresiones, es contingente y está afectada por condiciones tanto micro como macrosociales. La inclusión (o exclusión) en los distintos ámbitos de la sociedad no es uniforme, las personas adultas mayores no pueden ser clasificadas de manera unívoca y definitiva en un solo lado. Existen distintos tipos y grados de exclusiones acordes con los niveles de complejidad alcanzados por la sociedad y las etapas de vida de las personas, las que no pueden solamente ser explicadas con conceptos más integrales que refieren a desigualdades estructurales como las de género, clase social o marginalidad social, por ejemplo. Aunque, puede preverse que exclusiones específicas, por su misma dinámica, estén plenas de consecuencias, como es el caso de la precariedad de ingresos o la ausencia de atención de salud que arrastran efectos que limitan la integración de los adultos mayores en más de un ámbito y que la hacen cada vez más difícil de reparar.

Asistimos a una revolución, sólo que “silenciosa” y por ello desapercibida. Posiblemente uno de los cambios más distintivos de la sociedad contemporánea sea el envejecimiento de la población mundial. El impacto del aumento de la longevidad, como señala Butler (2008), podría señalarse como uno de los más importantes de la evolución humana, pues afecta a todas las regiones, a la mayoría de los países y a todos sus miembros, es equivalente a un silencioso tsunami. Se trata de un cambio inédito en la historia de la humanidad y de alcance global. Por lo anterior, constituye uno de los principales desafíos del siglo XXI sobre el cual aún se carece de un conocimiento acabado y comparativo, especialmente sobre las formas de desenvolvimiento, actual y probablemente futuro, de una creciente y cada vez más diversificada población de adultos mayores.

El aumento de la longevidad promedio de los seres humanos, de alguna manera refleja un éxito de la evolución social. A diferencia de épocas anteriores, actualmente la mayoría de las personas alcanzará la vejez, una etapa posiblemente de las más largas de la vida, con una duración promedio equivalente en años a la niñez y adolescencia juntas. Este aumento de los años de vida, logrado en un breve plazo, plantea problemas inéditos a nivel colectivo (como la búsqueda de fórmulas para una jubilación digna) e individual (como la mantención de la autonomía y sentido de vida para aprovechar los años ganados). Aún más, los impactos del envejecimiento poblacional parecen impredecibles, sobre todo debido a la falta de conciencia pública y preparación de los diferentes sistemas sociales como, también, de los propios individuos.

El envejecimiento poblacional, que se presentó primero en los países desarrollados - y de forma acelerada en la región latinoamericana, como es el caso de Chile - se ha transformado, en un breve plazo, en un reto que va más allá del mundo privado, proyectándose a todas las dimensiones de la sociedad. En el escenario descrito, uno de los principales desafíos que enfrentan los países es contar con posibilidades que contribuyan a que aquellos que envejecen mantengan sus condiciones de bienestar y salud, tanto física como mental.

SALUD MENTAL E INTEGRACIÓN SOCIAL EN LA TERCERA EDAD

En 1946 la Organización Mundial de la Salud (OMS), definió la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”¹ (OMS, 1998). Esta concepción de salud va más allá de la falta de patología y apunta al bienestar personal, el cual no suele ser incorporado al momento de hacer referencia a la salud de los adultos mayores. Comúnmente se considera que una persona mayor es saludable cuando puede realizar las actividades de su vida de manera independiente. Esta noción - si bien considera una dimensión esencial para la calidad de vida y salud de cualquier individuo, como es su autonomía - restringe la imagen de salud en la vejez a la ausencia de dependencia, lo cual, a su vez, reduce aún más la noción de salud mental en esta etapa, dejándola, muchas veces, limitada a la conservación de los aspectos cognitivos, en otras palabras, a la ausencia de demencia. Por cierto, esta imagen de salud en la vejez se ha ido ampliando, entre otras razones, debido a los

avances de la gerontología y psicogerontología, que consideran la satisfacción vital o el bienestar de las personas mayores como aspectos relevantes, y no tangenciales, de su salud mental.

La consideración del bienestar no sólo remite a la mantención de funcionalidad en la vejez, sino también a la integración social de las personas en esta etapa de la vida. La literatura coincide en señalar una estrecha relación entre integración social y salud mental. Se ha observado, por ejemplo, un impacto negativo del aislamiento social en la salud y bienestar de las personas mayores (Hawton et al., 2011). Los sentimientos de soledad, por su parte, pueden relacionarse con la futura aparición de demencia (Holwerda et al., 2012) o depresión (Barg, Huss-Ashmore, Wittink, Murray, Bogner & Gallo, 2006). También la falta de relaciones de confianza en la vejez se ha asociado con esta patología (Osborn et al., 2003). En este sentido, la OMS confirma la importancia de la activa convivencia social como un determinante universal del bienestar a través de todas las culturas (WHO, 2009).

Ahora bien ¿qué entendemos por integración social de las personas mayores? ¿Cómo observamos su ocurrencia o ausencia? El concepto de integración social puede utilizarse para indicar y describir las vinculaciones que sostienen las personas con los diferentes sistemas sociales a partir de los cuales satisfacen sus necesidades, por ejemplo, la familia, el trabajo, el sistema de salud o educación, por mencionar algunos. Esta noción resulta más explicativa y aplicable cuando se considera la diferenciación funcional de la sociedad contemporánea (Luhmann & De Georgi, 1993). Ello significa considerar las múltiples y parciales posibilidades de integración que pueden describirse utilizando la distinción inclusión/exclusión. Esta distinción es ampliamente usada con diversos propósitos en las ciencias sociales, pues permite la observación de distintos procesos de integración. Para el caso de los adultos mayores, se puede jubilar (y quedar excluido del sistema laboral) y empobrecerse (excluido del sistema económico), pero no por ello se deja de tener familia (incluido en el sistema familiar) y votar (incluido en el sistema político).

LA EXCLUSIÓN SOCIAL COMO MALTRATO

Como se ha señalado, la complejidad que ha alcanzado la sociedad contemporánea impide considerar la integración social como un fenómeno unívoco, pues tiene múltiples expresiones, es contingente y está afectada por condiciones tanto micro como macrosociales. Como indicamos, la inclusión (o exclusión) en los distintos ámbitos de la sociedad no es uniforme, las personas adultas mayores no pueden ser clasificadas de manera unívoca y definitiva en un solo lado. Existen distintos tipos y grados de exclusiones acordes con los niveles de complejidad alcanzados por la sociedad y las etapas de vida de las personas, las que no pueden solamente ser explicadas con conceptos más integrales que refieren a desigualdades estructurales como las de género, clase social o marginalidad social, por ejemplo. Aunque, puede preverse que exclusiones específicas, por su misma dinámica, estén plenas de consecuencias, como es el caso de la precariedad de ingresos o la ausencia de atención de salud que arrastran efectos que limitan la integración de los adultos mayores en más de un ámbito y que la hacen cada vez más difícil de reparar.

Podemos sostener que el bienestar de los adultos mayores, asociado a su integración social, variará en función de la calidad de su participación en diferentes ámbitos sociales, como la familia, las instituciones formales y/o redes sociales. Un entorno que dificulta la integración de las personas mayores, que los excluye, impactará negativamente en su bienestar y salud mental, por eso puede considerarse a la exclusión social del adulto mayor como maltrato.

Si bien se han descrito diversas formas de maltrato, como maltrato físico, psicológico, abuso patrimonial, negligencia, etc., para efectos de este trabajo nos referiremos al maltrato a partir de la observación de la integración de las personas adultas mayores en términos de las diversas formas que puede tomar su inclusión o exclusión social. Con este propósito, utilizaremos la formulación desarrollada por Marcelo Arnold-Cathalifaud (en Thumala, Arnold-Cathalifaud & Urquiza, 2009) que distingue cuatro dimensiones o aspectos de la inclusión/exclusión social, las cuales describiremos y ejemplificaremos con algunos resultados de estudios nacionales.

Inclusión/exclusión primaria

Refiere a las modalidades y grados de acceso efectivo de los adultos mayores a los distintos sistemas sociales, de cuyas prestaciones dependen parcial o totalmente para mantener su adecuada existencia biológica y psíquica. Incluye, por ejemplo, sus niveles de participación en la economía, en la política, en la justicia, en la ciencia, en la tecnología, en la recreación, en la educación formal y otros ámbitos institucionales instrumentales. Este nivel es regulado o abordado por las políticas públicas y constituye, para los adultos mayores, el capital socio-estructural disponible para ellos en la sociedad.

En la tercera encuesta nacional de Inclusión y Exclusión del Adulto Mayor en Chile - realizada por el Programa de Estudios Sistémicos en Envejecimiento y Vejez de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, Facso, en conjunto con el Servicio Nacional del Adulto Mayor, Senama (2013) - cuyo objetivo fue conocer las opiniones de la ciudadanía sobre las condiciones que favorecen o dificultan la integración social de las personas mayores, se observó la tendencia a otorgar, cada vez más, la responsabilidad por el bienestar de los adultos mayores fundamentalmente al sistema político estatal. Este resultado confirma una disposición de los encuestados hacia la búsqueda de soluciones colectivas para enfrentar el envejecimiento. De hecho, en las tres aplicaciones de la encuesta (2008, 2011 y 2013) ha habido una respuesta favorable y mayoritaria para pagar un impuesto específico que garantice el bienestar de los adultos mayores. Aparentemente se percibe que los cuidados del adulto mayor estarían sobrepasando la esfera privada (la familia) para instalarse en el ámbito público, a través de las políticas públicas y sus instituciones. Junto a ello, y posiblemente por esta mayor demanda al sistema político estatal, más del 75% de la población adulta (de 18 o más años) en Chile considera que el país no se está preparando lo suficiente para enfrentar su envejecimiento poblacional. Esta falta de preparación alude al papel de las políticas públicas en la integración social de esta población. Aún cuando desde el Estado se han venido implementando progresivamente programas y políticas destinadas a favorecer la integración y bienestar de esta población, fundamentalmente por medio del Senama, éstas, o no son reconocidas o parecen insuficientes para la población.

Un reciente estudio sobre maltrato llevado a cabo por Senama en la Región de Valparaíso (2013) muestra algunas evidencias de maltrato a través de la exclusión social primaria de las personas mayores. Aquellos adultos mayores que participaron en el estudio reportaron sentir un trato injusto sólo por el hecho de ser mayor, fundamentalmente desde el transporte y servicios públicos, como los consultorios, y también por los bancos y el comercio.

Otra investigación, también reciente, llevada a cabo en Santiago (Senama & Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Flacso, 2013) da cuenta de cómo “la calle” es vista por los adultos mayores como un espacio de potencial agresión, como lo ejemplifica una de las entrevistadas: “Las veredas están en tan mal estado para los adultos mayores ¡hay muchas irregularidades para los adultos mayores!”

En este mismo estudio, las dificultades de acceso a la salud también reflejan esta dimensión de la exclusión social. La investigación muestra la opinión desfavorable de las personas mayores sobre el sistema de salud. Respecto de las instituciones privadas (Isapre), aparecen quejas por los requisitos y limitaciones de éstas para quienes cumplen más de 70 años, lo que es evaluado como una injusticia, como se expresa en el siguiente ejemplo (Senama & Flacso, 2013): “Nos castigan en las Isapres, los de tal edad no tenemos derecho a tener seguro de vida porque ya tienes más de 70 años...”

En lo que refiere al sistema público de salud, se cuestiona fundamentalmente el acceso a las horas de atención, como reporta esta entrevistada (Senama & Flacso, 2013): “Porque citan a cualquiera, adulto mayor, los jóvenes o mediano a las seis de la mañana, más encima dan 20 o 30 números, ¿iremos a alcanzar nosotros? Entonces, eso no nos acomoda a los adultos mayores y creo que es un maltrato para nosotros”.

Inclusión/exclusión secundaria

Alude a la disponibilidad de redes de apoyo mediante las cuales los adultos mayores satisfacen necesidades socio-afectivas o materiales y/o compensan condiciones estructurales deficitarias. Este nivel considera modalidades y grados de integración con familiares, vecinos, amigos, y la participación en organizaciones comunitarias u otras instancias colaborativas con las cuales se construyen los capitales sociales que favorecen el reconocimiento, la cooperación y la solidaridad intergeneracional. Este nivel constituye, para los adultos mayores, su capital social.

La importancia de la familia y de las amistades para el bienestar de los adultos mayores es confirmada en la tercera encuesta nacional de Inclusión y Exclusión del Adulto Mayor en Chile (Fasco & Senama, 2013). Si bien, como ya señalamos, la principal responsabilidad es asignada al sistema político estatal, en segundo lugar aparecen la familia y las redes sociales. Más aún, se observó un aumento de la importancia que la inclusión secundaria tiene en el bienestar de la población mayor para los encuestados.

Aún cuando nuestra cultura es muy favorable a las relaciones familiares, existen datos que muestran cómo muchas de las situaciones de maltrato hacia las personas mayores son perpetuadas por sus más cercanos. Ejemplo de ello es la negligencia, el

incumplimiento de los cuidados que son requeridos por las personas mayores para satisfacer sus necesidades vitales. En el estudio llevado a cabo en la Región de Valparaíso, los adultos mayores dependientes que reportan este tipo de maltrato señalan, por ejemplo, que no se les alimenta adecuadamente y que no son asistidos en su higiene personal. Los hijos y la pareja son los más señalados como autores de este tipo de maltrato, 50,4% y 34,4% respectivamente, y son, a la vez, quienes más suelen estar a cargo del cuidado de las personas mayores (Senama, 2013).

Al interior de la categoría de maltrato por negligencia, destaca el maltrato por abandono (Iborra, 2005), en el que la familia juega un rol fundamental. De acuerdo con el estudio señalado, el 54,2% de los casos de abandono se vivencia cuando los familiares salen de vacaciones o a alguna actividad recreativa y no incluyen al adulto mayor, quedando éste sin compañía o durante mucho tiempo solo.

Cabe destacar que la percepción de negligencia, despreocupación o abandono no refiere a un evento aislado, sino a un modo recurrente de relación identificado por los adultos mayores (Senama & Flasco, 2013).

El abuso patrimonial – el uso ilegal o no autorizado de los recursos económicos o de las propiedades de una persona (Iborra, 2005) – generalmente es ejercido por familiares. En más del 90% de los casos en los que se produce abuso patrimonial, quien lo lleva a cabo es alguien que tiene un vínculo familiar con el afectado, siendo uno de cada tres casos un hijo(a) (Senama, 2013). Este tipo de maltrato se expresa mayoritariamente en el engaño para obtener dinero o patrimonio o bien el uso de estos bienes sin el consentimiento del adulto mayor, como reconoce esta entrevistada (Senama & Flasco, 2013): *“Sí, la familia se aprovecha del adulto mayor, yo creo que sí, si hay plata de por medio de todas maneras”*.

El maltrato psicológico o emocional – acciones de un tercero, generalmente verbales o actitudinales, que provocan daño psicológico que puede ser severo y tener graves consecuencias en el adulto mayor, como la depresión (Iborra, 2005) – también es ejercido generalmente por algún familiar. En el estudio llevado a cabo en Valparaíso, este tipo de maltrato proviene principalmente de los hijos (60,4%) por medio de acciones de sobreprotección e infantilización que despojan al adulto mayor de su autonomía, como también a través de insultos y faltas de respeto a sus deseos o decisiones (Senama & Flasco, 2013).

Finalmente, en lo que refiere al aislamiento social, una forma de maltrato y también un factor de riesgo ante éste mismo – en tanto un adulto mayor con escasa vinculación social es más vulnerable en comparación a quien cuenta con redes sociales – un gran porcentaje de personas mayores no cuenta con suficientes redes. De acuerdo con el estudio de Senama (2013) el 61,9% de las personas mayores entrevistadas declara no visitar a amigos y el 53% no recibirlos.

Inclusión/exclusión simbólica:

Esta modalidad refiere a la producción y circulación de las imágenes y creencias sobre los adultos mayores que contribuyen a ampliar o restringir sus expectativas de integración y que se conforma en el trasfondo cultural de la sociedad.

Se incluyen aquí, por ejemplo, producciones periodísticas, textos de instrucción escolar, entretenimiento, divulgación y otros, que modelan la construcción del imaginario social del envejecimiento y la vejez. Este nivel constituye, para los adultos mayores, el capital simbólico disponible en la sociedad.

En la tercera encuesta nacional de Inclusión y Exclusión del Adulto Mayor en Chile, se observa que cada vez más la ciudadanía (74%) considera que los adultos mayores, en su mayoría, no son capaces de valerse por sí mismos (Facso & Senama, 2013). Llama la atención esta cifra pues, de acuerdo con el Estudio Nacional de Dependencia de las Personas Mayores (Senama, Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos [Inta] & Microdatos Universidad de Chile, 2009) prácticamente el 76% de la población mayor de 60 años en Chile es autovalente. Esta incongruencia entre realidad y percepción de la población sobre la vejez, daría cuenta de un imaginario social en el que predominan estereotipos negativos y prejuicios que favorecen actos discriminatorios (maltrato) hacia las personas mayores.

Si bien las imágenes sociales sobre la vejez no presentan un carácter universal, estudios internacionales señalan que éstas configuran un imaginario con fuertes cargas negativas, alejándose así de lo que los adultos mayores pudieran efectivamente esperar ante los avances de la modernidad que han dado lugar a sus actuales expectativas de vida (Adelantado, Segura, De Andrés, Feliú & Martínez, 2004; Okoye, 2004; Tan, Zhang & Fan, 2004).

En Chile, el Comité Nacional para el Adulto Mayor realizó, durante 2002, un estudio sobre la imagen de la vejez de los estudiantes de enseñanza secundaria. Para ello aplicó una encuesta orientada a conocer la percepción de los jóvenes sobre los adultos mayores. Si bien se observaron algunas tendencias positivas a la hora de evaluar a este grupo, la presencia de estereotipos negativos fue evidente (Informe del Comité Nacional para el Adulto Mayor, 2002). En una investigación similar y más reciente, se observó un predominio de imágenes negativas de la vejez en los textos escolares nacionales usados en los diferentes niveles educacionales, desde la enseñanza básica a la media (Jorquera, 2009). En esta misma línea de investigación, otro estudio llevado a cabo con jóvenes universitarios chilenos, dio cuenta de una generalizada imagen negativa proyectada sobre la vejez. Las personas mayores fueron consideradas, "sexualmente inactivas", "conservadoras", "enfermizas", "frágiles", "marginadas", "desvaloradas socialmente" y "dependientes", entre otros atributos negativos (Arnold, Thumala, Urquiza & Ojeda, 2007).

Las generalizaciones sobre lo que es la vejez y que se aplican a las personas mayores, remiten a expectativas sociales que norman el comportamiento de quienes envejecen, favoreciendo o restringiendo sus posibilidades de integración social, como se observa el siguiente ejemplo de un adulto mayor entrevistado (Senama & Flasco, 2013): "Nos tratan distinto, nos tratan mal, yo veo tanto en la calle, como en todas partes, que ya sea hombre o sea mujer, no nos tratan bien. Siempre nos tratan, de discriminación, nos tratan como que somos, somos, cómo poder decirle... por la parte mía, como que somos los viejos, que ya no servimos pa' na'. Como que nos miran bien en menos".

Un aspecto importante a destacar de estas imágenes sociales de la vejez es

que favorecen los comportamientos que las describen. Como es sabido, el fenómeno de la profecía auto cumplida implica que supuestos, ideas y creencias orientan comportamientos que terminan por confirmarlas. La creencia generalizada que los adultos mayores, en su mayoría, son personas dependientes favorece un trato asistencialista que puede llegar a ser infantilizador, más aún cosificador del adulto mayor, como se ve en el siguiente ejemplo de una adulta mayor entrevistada refiriéndose al relato de otra mujer mayor participante en la investigación (Senama & Flacso, 2013): "... ella es 'la maleta', yo le digo '¿por qué?' y ella me dice: 'sí, yo soy la maleta, porque mi yerno es muy bueno, pero él dice 'ya vamos a tal parte', y no me preguntan si quiero ir o no, tengo que ir porque tampoco me quieren dejar sola, no les importa a ellos si me gusta o no, si yo quiero quedarme sola, no me dejan sola por cariño, me dice ella, pero a veces yo no quiero ir, por ejemplo a la playa que hace frío, entonces quiero quedarme y no' ... entonces ella no tiene opinión".

Situaciones como la señalada se originan en una visión de la vejez como una etapa de dependencia, basada, muchas veces, más en creencias que en evidencias. Al mismo tiempo, y siguiendo el ejemplo señalado, los propios adultos mayores, al compartir estas ideas, consideran que "los otros" son los más indicados para tomar decisiones por ellos. No es difícil observar cómo estos comportamientos favorecen la dependencia y con ello una visión negativa de la vejez.

Inclusión/exclusión autorreferida

Se trata de la eficacia auto-atribuida o percibida y las sensaciones de satisfacción que contribuyen a reforzar o a mermar la integración social de los adultos mayores. Alude a recursos, factores y estrategias personales de afrontamiento para sostener el bienestar psicológico. Estos recursos operan en los procesos de inclusión (o exclusión), por cuanto las personas no intentan hacer que sucedan cosas si no se sienten capaces, o con competencias, para mantener y/o incrementar su integración social y bienestar personal por medio de sus acciones y viceversa. Este nivel constituye, para los adultos mayores, su capital psicológico disponible.

La tercera encuesta nacional de Inclusión y Exclusión del Adulto Mayor en Chile (Facso & Senama, 2013) indica cómo la responsabilidad de los propios adultos mayores por su bienestar queda relegada a un tercero y lejano lugar en comparación a las políticas públicas y la familia. Es importante señalar que en la primera aplicación de la encuesta, en 2008, sólo 9,1% de los encuestados atribuía la responsabilidad por el bienestar de las personas mayores a los propios envejecientes (frente a 57% otorgado al sistema político estatal y 33,9% a la familia). El 2013 la responsabilidad asignada al adulto mayor bajó a 2,6%.

Cifras como las señaladas dan cuenta del aún insuficiente poder que la sociedad y los propios adultos mayores atribuyen a quienes envejecen para mantener su integración social y bienestar. Frente a este prejuicio, las propias personas mayores restringen sus posibilidades de inclusión social reforzando con ello su exclusión. Un adulto mayor que comparte una visión negativa de su vejez, que considera que otros deben tomar decisiones por ellos o bien que cree que no será considerado si pelea por sus derechos, estará más vulnerable al maltrato por parte de su entorno social. Como observamos en el relato de un adulto mayor (Senama & Flacso, 2013): "Hay

casos de adultos mayores que se han dejado de respetar, se han dejado que los manden y le están dando los mandos a los hijos para que los manden a ellos, ellos son los empleados de la casa.”

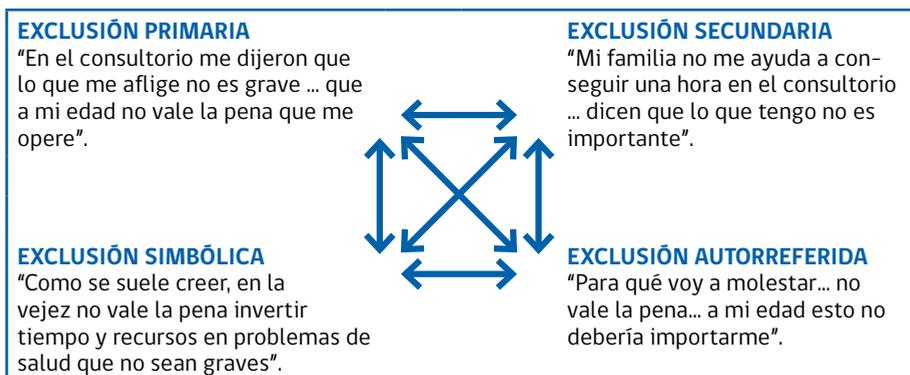
INTEGRACIÓN SOCIAL DE LOS ADULTOS MAYORES: UNA VISIÓN SISTÉMICA DE LA INCLUSIÓN/ EXCLUSIÓN SOCIAL

La presentación de las diferentes dimensiones o aspectos de la inclusión/ exclusión social de los adultos mayores proporciona un modelo multidimensional que permite observar desde distintas perspectivas los procesos de integración social en términos de premisas simbólicas, políticas públicas, decisiones institucionales o personales, así como sus respectivas interacciones, que potencian y acumulan, en distintas direcciones.

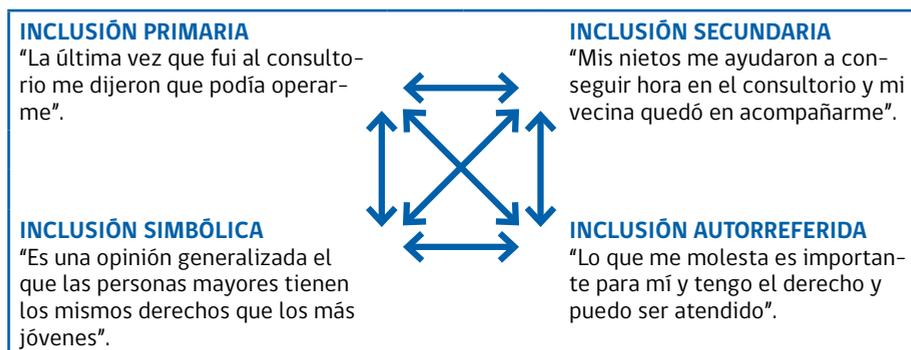
Si bien cada dimensión alude a un aspecto diferente de la integración social, cada una afecta y es afectada por las otras de manera sistémica. Por ejemplo, si la dimensión simbólica está cargada por un imaginario social negativo sobre la vejez, ello disminuye los sentimientos de autoeficacia de quienes envejecen, afectando negativamente la dimensión autorreferida (cuando el adulto mayor no se reconoce como un sujeto que puede defender sus derechos). El imaginario social también afectará las dimensiones primaria y secundaria, por ejemplo en el trato discriminatorio de las instituciones y entorno social hacia el adulto mayor, lo que, a su vez, refuerza un imaginario negativo de la vejez.

Considerando otro punto de partida, las dificultades de acceso de las personas mayores a los sistemas formales de la sociedad, como la salud por ejemplo, es una expresión de exclusión en la dimensión primaria, la cual, si se presenta conjuntamente con una experiencia de envejecer solitaria y marginal (exclusión en la dimensión secundaria), se refuerza un imaginario social negativo sobre la vejez (dimensión simbólica) disminuyendo las posibilidades de las propias personas mayores para generar sus espacios de inclusión (dimensión autorreferida). De este modo, la inclusión (o exclusión) social en alguna de estas dimensiones aumenta o disminuye las posibilidades de inclusión (o exclusión) en las otras. En los siguientes cuadros se ejemplifica la influencia recíproca entre las diferentes modalidades de la inclusión/ exclusión social.

Ejemplo de interacción de las diferentes dimensiones de la exclusión social.



Ejemplo de interacción de las diferentes dimensiones de la inclusión social.



La visión sistémica de la integración social de las personas adultas mayores – a través de la interacción de los diferentes aspectos de la inclusión/exclusión social – permite visualizar el fenómeno del maltrato (exclusión social) como un fenómeno complejo, que va más allá del aspecto o dimensión en el que se pueda observar con mayor frecuencia y sobre el cual se tendría que focalizar la mayor intervención o prevención. Desde una mirada sistémica al maltrato, el cambio en cualquiera de los aspectos de la inclusión/exclusión social gatillará cambios en los demás. Sin esta perspectiva se podría considerar, a la luz de los ejemplos expuestos, que la familia es una importante fuente de exclusión social de las personas mayores y, por ello, debería ser uno de los principales focos de intervención para prevenir o disminuir el maltrato hacia el adulto mayor. No obstante, como señala Huenchuán (2013), las causas del maltrato al interior de la familia son múltiples y complejas, y no pueden reducirse sólo a sus características particulares. La edad, el género, la dependencia del adulto mayor o el estrés del cuidador son factores coayudantes, más que causas del maltrato. Desde una visión sistémica, el hecho que muchos reportes de maltrato refieran al ámbito familiar se explicaría porque es precisamente en ese contexto donde hay diversas oportunidades para que se expresen todas las demás modalidades y aspectos del maltrato. El espacio familiar estaría reflejando el imaginario social de la vejez (dimensión simbólica); resintiendo la falta de apoyo institucional para sus mayores, por ejemplo en la falta de acceso a la salud (dimensión primaria) y evidenciando el impacto de los procesos de modernización en su conformación. La familia actual, con una estructura que dista de la forma tradicional que facilitaba el cuidado de sus mayores (Oddone, 2012), se está viendo sobrepasada en su capacidad para asegurar la integración y bienestar de la persona mayor (dimensión secundaria). Desde esta perspectiva, ninguna de las dimensiones de la inclusión/exclusión social resulta más o menos relevante en los procesos de integración de las personas mayores. Cada una potencia a las demás aumentando o restringiendo las posibilidades de integración y bienestar de quienes envejecen.

El maltrato a las personas mayores disminuirá en la medida que en cada dimensión de su integración social ocurran los cambios necesarios para revertir los procesos que, desde cada una, favorecen la exclusión social de los envejecientes. Ni el sistema político-estatal, ni las redes de apoyo, como la familia, ni los medios de representación de la vejez (diarios, TV, textos, etc.), como tampoco los propios envejecientes, pueden ser considerados los únicos y principales responsables del

maltrato a las personas mayores. Cada dimensión es causa y efecto de lo que ocurre en las demás. Si bien al intervenir en una se potencia el cambio en las otras, una intervención que considere acciones en cada una de estas dimensiones potenciaría y amplificaría las posibilidades de cambio. En este sentido más que “un punto de partida” para detener el maltrato se requiere de la reunión de múltiples “puntos de partida” para arribar a un mejor trato, bienestar y calidad de vida en la vejez.

NOTA AL CAPÍTULO

1. Traducción de la autora.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- » Adelantado F., Segura, C., De Andrés J., Feliu T. & Martínez P. (2004). Los mayores de 85 años en Sabadell. En: Revista Multidisciplinar de Gerontología Nº14 (5), Pág. 271-278, España.
- » Arnold, M., Thumala, D., Urquiza, A & Ojeda, A. (2007). La vejez desde la mirada de los jóvenes chilenos. Última Década, Cidpa, 15, 27, 75-93.
- » Barg, F., Huss-Ashmore, R., Wittink, M., Murray, G., Bogner, H., & Gallo, J. (2006). A Mixed -Methods Approach to Undersatnding Loneliness and Depression in Older Adults. Journal of Gerontology: Social Sciences. 61B, 6, 329-339.
- » Butler, R. (2008). The Longevity Revolution: The Benefeffits and Challenges of Living a Long Life. New York: Public Affairs.
- » Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile [Facso] & Servicio Nacional del Adulto Mayor [Senama]. (2013). Tercera Encuesta Nacional: Inclusión y Exclusión del adulto mayor en Chile. Opiniones, expectativas y evaluaciones de la población chilena sobre las diferentes modalidades de inclusión y exclusión de las personas adultas mayores.
- » Hawton, A., Green, C., Dickens, A., Richards, S., Taylor, R., Edwards, R., Greaves, C. & Campbell, J. (2011). The impact of social isolation on the health status and health-related quality of life of older people. Qual Life Res. 20:57-67.
- » Holwerda, T., Deeg, D., Beekman, A., Van Tilburg, T., Stek, M., Jonker, C. & Schoevers, R. (2012). Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia onset: results from the Amsterdam Study of the Elderly (Amstel). J. Neurol. Neurosurg Psychiatry. 0: 1-8.
- » Huenchuán, S. (2013). Estrategias para prevenir la violencia en contra de las personas mayores. En: Diplomado en Prevención y abordaje del Maltrato hacia las personas mayores. S. González, D. León & M. Rojas (Eds). Pontificia Universidad Católica de Chile: Santiago de Chile. 55-67.

- » Iborra, I. (2005). Incidencia y prevalencia del maltrato de mayores en la familia. En: *Violencia contra las personas mayores*. I. Iborra (Ed.). Ariel: Barcelona. 45-67.
- » Informe del Comité Nacional para el Adulto Mayor. (2002). *Encuesta Imagen de la Vejez*, Santiago, Chile.
- » Jorquera, P. (2009). *Envejecimiento: Imaginarios sociales presentes en los textos escolares oficiales del Mineduc desde Pre kinder a Cuarto Medio*. Tesis para optar al grado de Magíster en Análisis Sistemico aplicado a la Sociedad, Programa Pulso, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.
- » Luhmann, N. & De Georgi R. (1993). *Teoría de la Sociedad*. Universidad de Guadalajara/ Universidad Iberoamericana/ Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente.
- » Oddone, J. (2012). *Envejecimiento y familia en un contexto de cambio*. Ciencias Sociales. Facultad de Ciencias Sociales, UBA. 81, 72-77.
- » Okoye, U. (2004). Knowledge of aging among secondary school students in south -eastern Nigeria. *Educational Gerontology*. 30, 481-489.
- » Osborn, D., Fletcher, A., Smeeth, L., Stirling, S., Bullpit, C., Breeze, E., SW Ng, E., Nunes, M., Jones, D. & Tulloch, A. (2003). Factors associated with depression in a representative sample of 14 217 people aged 75 and over in the United Kingdom: Results from the MRC trial of assessment and management of older people in the community. *Int J Geriatr Psychiatry*. 18: 623-630.
- » Servicio Nacional del Adulto Mayor [Senama]. (2013). *Minuta resumen estudio de prevalencia de maltrato Región de Valparaíso*. En prensa.
- » Servicio Nacional del Adulto Mayor [Senama] & Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales [Flacso]. (2013). *Estudio sobre el fenómeno del maltrato hacia las personas mayores en la Región Metropolitana*. Gabriel Guajardo Soto (Investigador responsable), Rodrigo Lagos Gómez (Co-investigador), Pamela Soto Vergara (Co-investigadora) y Hugo Sir Retamales (Investigador). En prensa.
- » Servicio Nacional del Adulto Mayor [Senama], Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos [Inta], Microdatos Universidad de Chile. (2009). *Estudio Nacional de Dependencia en las Personas Mayores*. Recuperado el 10 de septiembre de 2010 de: <http://www.senama.cl/archivos/estudiodependencia.pdf>
- » Tan, P., Zhang, N. & Fan, L. (2004). Students' attitudes toward the elderly in the people's republic of China. *Educational Gerontology*. 30, 305-314.
- » Thumala, D., Arnold-Cathalifaud, M. & Urquiza, A. (2009). *Inclusión y Exclusión Social del Adulto Mayor en Chile*. Opiniones, expectativas y evaluaciones de la población chilena sobre las diferentes modalidades de inclusión y exclu-

sión de las personas adultas mayores. Programa de Estudios Sistémicos en Envejecimiento y Vejez en Chile, Programa Pulso, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.

- » World Health Organization [WHO]. Europe. (2009). Mental health, resilience and inequalities. Dr Lynne Friedli. Recuperado el 03 de agosto 2013 de: http://www.euro.who.int/___data/assets/pdf_file/0012/100821/E92227.pdf
- » World Health Organization [WHO]. (1998). Glosario de Promoción de la Salud. Traducción del Ministerio de Sanidad. Madrid. Recuperado el 15 de septiembre de 2013 de: <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>

ENVEJECIMIENTO, SUBJETIVIDAD Y MALTRATO

Susana González R.

RESUMEN

El maltrato al adulto mayor - tema viejo, concepto nuevo - se inscribe hoy en el marco de los Derechos Humanos, sin dejar de ser un fenómeno que permite su análisis desde diversas disciplinas científicas. Como problema, atañe a la sociedad y al individuo, compete a la gerontología, a la sociología, a la salud, a la psicología, al derecho, a la política, y a la economía. Esta transversalidad del tema ha permitido que surjan variadas definiciones y tipologías, así como también distintas propuestas de prevención y abordaje. Acogiendo la diversidad de miradas - que justifican el trabajo interdisciplinario e imponen la necesidad de seguir generando conocimiento - se generan también puntos compartidos. En este capítulo se intenta relevar uno de estos puntos; la subjetividad puesta en juego en distintas dimensiones del fenómeno del maltrato.

INTRODUCCIÓN

Los procesos de subjetivación - formas de ser y estar en el mundo - anudan en el sujeto mayor las significaciones pasadas, presentes y futuras, a la vez que se edifican conforme a los escenarios en los que se desenvuelve el envejecimiento (Fernández, 2006). La construcción de subjetividad en la vejez no escapa a los modos de representación social compartidos, así como tampoco a la desagregación de los lazos sociales y a la transformación de los vínculos y del entorno. El maltrato - en cualquiera de sus formas - desconoce al otro en su condición de igual, en la medida que transgrede la libertad y el derecho como individuo social y como sujeto, convirtiendo a la víctima en objeto de discriminación, agresión o de abandono. La desubjetivación que el maltrato produce socava profundamente los procesos de construcción y continuidad identitarias, fundamentales para un buen envejecer.

Una de las tantas dificultades en el abordaje interdisciplinario del maltrato a las personas mayores es la persistente invisibilidad del tema, fenómeno al que contribuye no sólo la escasa relevancia que se le otorga aún por parte de los distintos actores sociales, sino que también la falta de reconocimiento por parte de las víctimas de estar siendo afectadas por algo que hoy se denomina maltrato. Para aquellos que trabajan con adultos mayores resulta asombroso - a pesar del

sufrimiento - las dificultades de los mayores para insertar en su discurso vocablos tales como víctima, agresión, denuncia, o maltrato.

Cabe preguntarse entonces, ¿desde dónde se tramitan las experiencias de maltrato que no sólo son innombradas desde lo social, sino también desde la subjetividad propia? ¿Cuáles son algunos de los elementos que se ponen en juego en la naturalización de la vivencia de maltrato por parte de las víctimas, más allá de las consecuencias mismas del maltrato desubjetivante? Junto a aquellos factores ya conocidos - en el marco del maltrato infantil y de la mujer - que perpetúan el circuito de la violencia y le niegan al sujeto su condición de tal, ¿hay características subjetivas distintivas atribuibles al proceso de envejecer que contribuyen a convertir al maltrato en un punto ciego para sus víctimas?

EL CUERPO VIEJO

Sin duda, es en el cuerpo donde se evidencian con más claridad las marcas del paso del tiempo. El cuerpo biológico acusa el deterioro a través de los cambios físicos externos, el declive en el rendimiento y la disminución de la reserva funcional. Si bien es cierto que el envejecimiento orgánico tiene un ritmo y una velocidad particular y diferenciada en cada individuo, el cuerpo se deteriora irremediablemente (Muñoz, 2002).

Por otra parte, los significados del cuerpo remiten a múltiples dimensiones; el cuerpo que nos contiene, el cuerpo como vehículo, el lenguaje del cuerpo, el cuerpo erotizado, el cuerpo que nos identifica, el cuerpo asiento de enfermedades, el cuerpo estético, el cuerpo que es mirado por el otro (Salvareza, 1998). Visto así, no es menor el impacto que puede llegar a tener el cuerpo que envejece en dirección al deterioro, sobre el psiquismo que no envejece de manera equivalente. Es común escuchar la expresión “no me siento viejo”, que traduce la idea de que si bien, cronológica y físicamente se ha envejecido, ello no concuerda con la representación del sí mismo.

Dentro de las múltiples funciones del cuerpo, éste se constituye en el hábitat de la identidad, la que debe ser conservada a pesar de los cambios progresivos a los que da paso el tiempo. La necesidad de seguir siendo pasa por sintonizar - tarde o temprano - con las modificaciones del cuerpo viejo. Si el cuerpo se vuelve ajeno al propio reconocimiento a consecuencia de mecanismos de desmentida, o se convierte en una representación siniestra y vergonzante, peligra la continuidad identitaria (Alizade, 1999). Complementariamente, es el cuerpo el depositario de la mirada del otro, mirada que construye subjetividades, de tal forma que si ésta se tiñe de rechazo, repulsión o burla, o peor aún, si el cuerpo viejo ni siquiera es mirado, el sujeto se deconstruye en su identidad.

EL AUTOCONCEPTO

Las imágenes, pensamientos y representaciones que un individuo tiene acerca de sí mismo es lo que se denomina autoconcepto. Como construcción di-

námica que apuntala la identidad a lo largo del curso de la vida, el autoconcepto se nutre de aquello que el individuo ilumina de sí mismo, así como también de la mirada del otro. Como tal, su carácter subjetivo no lo priva de la dimensión social introyectada; lo que somos para los demás, lo que los demás esperan que seamos (Salvareza, 1998). Siendo así, las representaciones sociales deficitarias de la vejez - deterioro, problema, carga, dependencia, inutilidad - taladran el autoconcepto dificultando la efectividad de los mecanismos de sostén necesarios que eviten la transformación del sujeto en objeto.

El autoconcepto deficitario, además de promover una representación carenciada del sí mismo, despierta sentimientos de recriminación, culpa, y rechazo. Esta dimensión evaluativa del autoconcepto, plagada de características consideradas negativas, sitúa a la persona mayor en una posición de vulnerabilidad frente al maltrato, el que puede adquirir la categoría de "merecido" por parte de la víctima. Más aún, las agresiones de que se es objeto llegan a estar al servicio de la expiación de las culpas. A través de este mecanismo se instala una complementariedad víctima-victimario, con la consecuente cronificación de las conductas maltratadoras y ninguna posibilidad de queja o denuncia por parte del adulto mayor maltratado.

LAS PÉRDIDAS

Es sabido que una de las claves que garantiza el bienestar subjetivo a lo largo del envejecimiento es la adaptación a los cambios, sobre todo si éstos implican pérdidas. Dentro de los recursos adaptativos descritos en los mayores destaca la compensación de las pérdidas con ganancias, dialéctica necesaria que asegura - en parte - la continuidad identitaria en el seguir siendo. Sin embargo, paso previo a la adaptación se impone el proceso de aceptar lo perdido, sea esto el cuerpo ágil y firme, la salud física o psíquica, la autovalencia, el rol social o laboral, la holgura económica, o el compañero de toda una vida (Yuni, 2011).

La aceptación sana de las pérdidas que el envejecimiento acarrea - del ámbito de donde provengan - implica abandonar el narcisismo infantil que sostiene la ilusión de lo perfecto e imperecedero. Este proceso requiere de flexibilidad, de autocuestionamiento, y de generatividad, entre otras características que permiten transitar a lo largo de los numerosos cambios del envejecer, evitando así el derrumbe identitario (Zarebski, 2005). Si bien el despliegue de estas herramientas dependerá de los recursos psíquicos y de la estructura del individuo que envejece, no es menos cierto que el entorno provee el escenario - propicio o adverso - donde se tramitarán las pérdidas.

Cada proceso de duelo - dolor de perder - es único e irrepetible, y la calidad, duración o intensidad con que se viva depende de las características y circunstancias y significados de lo perdido, de los recursos psicológicos y espirituales del doliente, y de las estrategias que se implementen a lo largo de las distintas etapas que se suceden en el tiempo. Dentro de ellas, se afirma que el despliegue y la utilización de las redes de apoyo con las que se cuente, favorecería la adecuada resolución del duelo (Buendía, 1997). Paradójicamente, necesitando en la vejez mayores soportes dada la multiplicidad de pérdidas, es - justamente - la red de

apoyo una de las pérdidas que se enfrenta. La jubilación, la muerte, los cambios en la estructura familiar, las dificultades para movilizarse y desplazarse, son algunos de los factores que limitan o impiden la preservación de los lazos.

La disminución de los grupos de pertenencia y de las redes de apoyo a lo largo del envejecer coloca al sujeto mayor en situación de vulnerabilidad no sólo en lo social, sino también en lo psicológico, en la medida que se arriesga la desvinculación progresiva. Los grupos de pertenencia se constituyen en sostén de la identidad a lo largo de toda la vida, tanto por la función de proveer nuevas identificaciones, como por el apuntalamiento necesario en situaciones de pérdida y crisis (Ludi, 2012). El debilitamiento de los lazos sociales y de los procesos identificatorios amenazan la continuidad psíquica y precipitan el derrumbe identitario.

LOS VÍNCULOS Y LA DEPENDENCIA

La autonomía y la autovalencia son cualidades apreciadas en extremo por el colectivo de las personas mayores; más temida que la certeza de la muerte, es la posibilidad de caer en condición de dependencia del tipo que sea, manifestada comúnmente como no querer llegar a ser **“una carga para los demás”** (Salvarezza, 1998). Sin embargo, en los adultos mayores más añosos es casi esperable que emerjan ocasionalmente necesidades de apoyo instrumental o económico, y que la provisión de cuidados se invierta desde los más jóvenes hacia los mayores. Finalmente, cuando se instalan patologías físicas que dificultan la movilidad o el desplazamiento, o frente a la irrupción de una demencia, la dependencia pasa ser parte de lo cotidiano.

El vínculo condicionado por la dependencia del adulto mayor se mueve siempre dentro de un delicado equilibrio, donde la asimetría puede tramitarse en un espacio vincular de cariño y entrega, o precipitarse al abismo del fastidio y la agresión. No por nada, el factor dependencia-sobrecarga se menciona como un elemento de riesgo - aunque cuestionable - de situaciones y dinámicas de maltrato (Machuca, 2013).

Si el concepto de violencia nos remite a lo no deseado, el maltrato - como forma de violencia - adquiere un carácter todavía más devastador puesto que se da en el marco de una relación de poder, en la cual la persona mayor no cuenta con los recursos para detener la violencia y/o está colocada en situación de dependencia física, emocional, económica o institucional.

La subjetividad se construye y se sostiene en la dialéctica con el otro. Es en el espacio vincular donde la mirada del otro otorga el reconocimiento necesario que permite la condición de sujeto. Esta interdependencia se quiebra cuando cae la función de reconocer al otro dentro de la dinámica del maltrato; el vínculo se desarticula y el espacio deviene en vacío. La relación intersubjetiva perdida da paso a una sujeción sujeto-objeto con el consiguiente empobrecimiento mutuo (Díaz, 2005).

FINALMENTE, EL MALTRATO

Si el sujeto arriesga la desestructuración subjetiva por el sólo hecho de envejecer, la violencia ejercida a través del maltrato corona el derrumbe identitario. La violencia como transgresión al otro, irrupción que invade y penetra sin respetar ni reconocer al otro como sujeto, lo convierte en una cosa despojándolo de toda cualidad (Janin, 2009). La violencia institucional desconoce, la violencia física agrede, la violencia psicológica humilla, la violencia por omisión ignora, y la violencia patrimonial despoja. El maltrato, como forma de violencia, se ejerce en el marco de una relación de poder, e implica una interacción entre víctima y victimario donde ambos permanecen atrapados en una dinámica sin salida que se reproduce una y otra vez.

Es en esta interacción abusiva donde el adulto mayor carece de toda posibilidad de ejercer algún grado de libertad para evitar el maltrato, en la medida que su condición de sujeto le ha sido arrebatada. Los significados de este tipo de violencia - para quien la sufre - componen un abanico amplio. La situación de maltrato viene a confirmar, a veces, algunas características propias de la vejez deficitaria: ser una carga, un problema, un estorbo. Se evidencia la temida dependencia, la fragilidad, la indefensión, el desamparo. Emocionalmente, es la constatación del rechazo del otro, de no ser querido, o tan siquiera mirado. El entorno se vuelve hostil, traicionero, teñido de amenaza si no explícita, implícita. Ya no se es quien se era (González, 2013).

LA REPARACIÓN NECESARIA

Todo maltrato, en tanto constituye una conducta dañina y destructiva, requiere de reparación en ambos planos: objetivo y subjetivo. La restitución de lo perdido, la curación de las heridas, la provisión de cuidados adecuados, y el ejercicio de los derechos, no será suficientemente sanador si no se restaura la integridad psíquica y la condición de sujeto libre y deseante. La pérdida de la simetría intersubjetiva para dar paso a una relación donde el vínculo se define por la agresión que se ejerce y se recibe, es un daño desestructurante que debe ser reparado (Díaz, 2005).

Condiciones necesarias para la reconstrucción de la subjetividad son el reconocimiento, la elaboración, la nominación, la simbolización, y la integración de la vivencia de maltrato. Junto a ello, se requiere también la recuperación del sentido de vida, de la esperanza, de la confianza, y de la dignidad en la mirada del otro, es decir, la restauración en el contexto relacional (Puig, 2013).

La función de reconocimiento en el proceso de reparación del daño a consecuencia del maltrato, se extiende desde reconocimiento de los hechos y las conductas catalogadas como maltrato, la validación de las emociones y sentimientos que se ponen en juego, hasta el reconocimiento del sí mismo a través del proceso de resubjetivación.

CONCLUSIÓN

El maltrato al adulto mayor se despliega hoy en Chile como tema prevalente en el quehacer gerontológico. Enfocado desde la perspectiva interdisciplinaria, urge la difusión de los contenidos atingentes a las estrategias de prevención, detección y abordaje. Más aún, tratándose de un asunto de derechos que trasciende el ámbito de lo privado, debe ser colocado transversalmente y con fuerza en la sociedad, como tema imposible de rehuir dado el horror que conlleva. La responsabilidad compartida en la invisibilización del maltrato a los mayores a lo largo de décadas, debe permitir el surgimiento ya no de la culpa, sino de la determinación para erradicar toda práctica de violencia hacia el sujeto viejo, poniendo en juego las herramientas y competencias de todos los actores sociales.

Sin desconocer la fundamental importancia de los dispositivos destinados al abordaje del maltrato ya instituido, es la prevención de las conductas maltratadoras lo que asegura un futuro libre de discriminación y violencia. Para ello, se hace necesario conocer, visibilizar y actuar sobre los factores de riesgo, sean éstos condicionantes de la potencial víctima o del futuro victimario. En este capítulo se ha querido enfatizar algunas de las dinámicas psicológicas a considerar, más no sólo en el trabajo preventivo, sino también en el necesario proceso de reparación del adulto mayor maltratado, en la medida que la desobjetivación se instala no sólo como consecuencia del maltrato, sino también como un factor de riesgo asociado al envejecimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- » Alizade, A.M. Duelos del cuerpo, Primer Congreso de Psicoanálisis y XI Jornadas Científicas "Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy". Asociación Psicoanalítica de Uruguay, en psico-oncología.org, Mayo, 1999.
- » Buendía, J. (1997). Gerontología y Salud. Madrid: Biblioteca Nueva.
- » Díaz, M. (2005). Aspectos clínicos del reconocimiento y reconstrucción de la subjetividad en pacientes severamente traumatizados. Revista Virtua@ l l las, 4.
- » Fernández, A. (2006). Subjetividad, relato y vejez. Revista Uruguaya de Psicoanálisis; 103: 111-124. Recuperado el 2 de noviembre de 2013 de <http://www.apuguay.org/apurevista/2000/16887247200610307.pdf>.
- » González, S. (2013). Consecuencias físicas y psíquicas del maltrato en los mayores. En Prevención y abordaje del maltrato hacia las personas mayores (pp.69-78). Santiago: Universidad Católica.
- » Janin, B. (2009). La violencia en la estructuración subjetiva. Recuperado el 2 de noviembre de 2013 de <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/804>.
- » Ludi, M. (2012). Envejecimiento y espacios grupales. Buenos Aires: Espacio.

- » Machuca, A. (2013). Caracterización de la situación de maltrato al adulto mayor. En Prevención y abordaje del maltrato hacia las personas mayores (pp. 43-53). Santiago: Universidad Católica.
- » Muñoz, J. (2002). Psicología del envejecimiento. Madrid: Pirámide.
- » Puig, X. (2013). Reparación de víctimas y rehabilitación de agresores. En Prevención y abordaje del maltrato hacia las personas mayores (pp.137-151). Santiago: Universidad Católica.
- » Salvarezza, L. (1998). La vejez. Una mirada gerontológica actual. Buenos Aires: Paidós.
- » Yuni, J. (2011). La vejez en el curso de la vida. Córdoba: Brujas.
- » Zarebski, G. (2005). Hacia un buen envejecer. Buenos Aires: Universidad Maimónides Científica y Literaria.

FAMILIA Y SOPORTES INTERGENERACIONALES EN LA ADULTEZ MAYOR: RIESGOS Y DESAFÍOS

Marisol del Pozo Sánchez

RESUMEN

En este trabajo describiremos cómo la modernidad ha impactado las relaciones intergeneracionales al interior de la familia y el tipo de adaptaciones con que la familia ha respondido a estos cambios. Este contexto nos permitirá situar las relaciones de soporte intergeneracional al interior de la familia y reflexionar acerca de sus riesgos y vacíos.

Para ello se abordarán los fundamentos por los cuales los hijos cuidan a sus padres con base en el modelo de análisis de Daniela Klaus (2009), a modo de comprender desde dónde surgen los riesgos y desafíos para pensar en los soportes intergeneracionales al interior de la familia.

Interesa reflexionar en torno a los cambios en la estructura y funciones de la familia y los vacíos en relación con los soportes intergeneracionales, como un factor de riesgo de maltrato hacia el adulto mayor al interior de la familia.

FAMILIA Y MODERNIDAD

La familia tradicional extendida es una de las instituciones que ha experimentado cambios importantes en su estructura y funciones. En sus fundamentos está brindar protección y condiciones para el desarrollo de todos sus miembros; sin que estos fundamentos se hayan modificado, muestra importantes cambios que generan vacíos en relación con la protección de sus miembros.

Para abordar estos cambios parece útil recordar las características de la primera transición demográfica y señalar los principales rasgos de la denominada segunda transición demográfica, e intentar reflexionar acerca de su impacto cultural y social en el entorno familiar.

La primera transición se caracterizó por niveles de fecundidad inferiores al nivel de reemplazo y sostenidos en el tiempo, producto del control de la natalidad; la segunda se caracterizó por el aumento de la expectativa de vida pro-

ducto de las transformaciones en la calidad de ésta, cuyo principal impacto es el envejecimiento poblacional; ambas transiciones impactan el espacio social y las pautas culturales de convivencia. Su expresión en la estructura familiar la podemos reconocer en la reconfiguración de la familia extendida propia de las sociedades tradicionales, donde miembros de distintas generaciones compartían la cohabitación, a la familia nuclear, que incluye solo a padres e hijos o en las nuevas configuraciones familiares que no están definidos por la consanguineidad. Ambas transiciones comenzaron a expresarse en los países desarrollados y se manifiestan más tardíamente en América Latina (Lesthaeghe, 1995).

La segunda transición impacta en la estructura familiar incrementando la soltería, retrasando el matrimonio, postergando la llegada del primer hijo, expandiendo las uniones consensuales, elevándose los nacimientos fuera del matrimonio; aumentando las rupturas matrimoniales y diversificando las modalidades de estructuración familiar. Alguna de estas nuevas configuraciones familiares están constituidas por hogares mono parentales, unipersonales, coparentalidad sin cohabitación, homo parentales, entre otras configuraciones (Lesthaeghe, 1995).

La segunda transición demográfica se está desarrollando en distintos escenarios en América Latina, y el impacto a nivel cultural y social, y particularmente en la estructura familiar, parece estar asimilándose en primera instancia en los grupos socialmente favorecidos. Este patrón de asimilación de los cambios culturales es habitual, son los grupos con mayores recursos socioeconómicos, los que generalmente adoptan las pautas de conducta prevalecientes en los países desarrollados.

Es así como serían estos grupos los más proclives a desarrollar patrones de fecundidad baja y tardía; retrasar el matrimonio y aumentar el celibato, como asimismo la cohabitación y el divorcio y la diversificación de formas familiares, esto conlleva ventajas para su desempeño social en muchos sentidos, en particular el tiempo destinado a la formación y sus opciones de dedicación y movilidad laboral. Esta condición contiene uno de los riesgos previsibles de esta segunda transición, y es que abre las posibilidades para una nueva forma de estratificación social, nuevas brechas entre los grupos sociales (Lesthaeghe, 1995).

Lesthaeghe (1995) plantea que cuando era posible observar una tendencia hacia la homogenización de los patrones demográficos básicos entre grupos sociales, por la generalización de la primera transición demográfica, que básicamente disminuía y nucleaba la unidad familiar; surge una modificación de otro conjunto de comportamientos socio demográfico que probablemente generará una nueva estratificación social: entre los grupos culturalmente favorecidos que prolongan sus estudios, postergan el matrimonio y la natalidad, fortaleciendo de este modo su inserción laboral y económica y los grupos que incorporan estos cambios más tardíamente debilitando su inserción laboral y económica.

Para Lesthaeghe (1995), sin embargo, es necesario considerar las distancias culturales entre los países del "primer mundo" y los países latinoamericanos, donde el valor otorgado a los niños, la histórica presencia de las uniones consensuales y el conocido patrón de desvinculación de los padres condicionan las mutaciones que plantea la segunda transición demográfica.

Por otra parte, señala que a diferencia del aumento de la cohabitación que en Europa parece ser una manifestación de modernización cultural, que expresa opciones desde la individualidad de ambos miembros de la pareja, en América Latina, al expresarse en el contexto cultural del machismo y los patrones de desvinculación de los padres, más bien se traduce en una manifestación de pobreza y marginalidad, que implica mayor vulnerabilidad para la pareja y los hijos.

La segunda transición modifica en un sentido radical la organización familiar. En efecto, mientras que la transición demográfica clásica altera la estructura y el tamaño de los hogares, más específicamente, los “nucleaba” y “empequeñecía” pero dejaba más bien intacta a la familia como institución, la segunda transición demográfica transforma el contrato matrimonial y, en algún sentido, a la familia también. El matrimonio enfrenta el desafío de la generalización del divorcio y del aumento de la cohabitación. La familia, por su parte, encara la agudización de las tensiones entre proyecto individual en la sociedad y el proyecto reproductivo y de socialización primaria que históricamente ha sido el eje de la institución familiar (Lesthaeghe, 1995).

El mismo autor sostiene que en términos muy amplios, estos son los desafíos que impone la modernidad a la familia: la tensión entre las decisiones individuales que procuran maximizar el proyecto personal, la asimilación de fenómenos socioculturales emergentes, relacionados tanto con la aversión al riesgo, al trabajo doméstico y a la confianza en los otros.

Estas condiciones sientan las bases para debilitar los soportes intergeneracionales en las familias y pueden dar paso al surgimiento de fenómenos de abandono o maltrato.

El incremento de la soltería y las separaciones conyugales modifican aspectos de las relaciones reproductivas y de género que se consideraban altamente estables, así como la tendencia a que la gran mayoría de las personas adultas establecían un compromiso de pareja con fines reproductivos o, al menos delimitaban formalmente el ámbito de ejercicio de la sexualidad. Este escenario configura el desarrollo de hogares unipersonales durante la adultez mayor, donde se pone en jaque la capacidad de generar los soportes intergeneracionales necesarios.

Otra dimensión del funcionamiento familiar, que también se ha visto impactada por los cambios propios de la modernidad, son las relaciones intergeneracionales. Es evidente que existe consenso social y legal acerca de cómo sostener la relación padres-hijos cuando estos son aún dependientes de los padres: los padres deben brindar afecto, sostenerlos físicamente, deben socializarlos y brindarles recreación. Los hijos por su parte deben respetarlos y obedecerlos, ser responsables en sus deberes escolares e incorporar las reglas sociales de convivencia. Esta relación está hoy altamente normada y a nadie le sorprende que exista incluso un acuerdo internacional acerca de los derechos de cuidado de los niños.

Sin embargo, no existen parámetros respecto de cómo sostener la relación cuando ambos son adultos, considerando y reconociendo que esta cambia. Esta falta de patrones acerca de cómo sostener la relación entre padres viejos e hijos

adultos, es un vacío más del contexto del envejecimiento y las transformaciones de la familia occidental en la modernidad. La familia tradicional extendida no tenía este vacío ya que la cohabitación de las distintas generaciones lo resolvía en sí misma.

En América Latina existen distintos escenarios demográficos de envejecimiento, en todos los cuales la familia continúa siendo el principal soporte de los mayores. En Europa, que es un continente envejecido, han desarrollado políticas frente al envejecimiento poblacional que consideran las transformaciones que han impactado a la familia.

Este vacío plantea el punto inicial desde el cual los autores se plantean los límites de la obligación filial y abre la pregunta en torno a cómo se resuelven los soportes intergeneracionales en las nuevas estructuras familiares.

RELACIONES INTERGENERACIONALES EN LA FAMILIA

En Chile conviven diversidad de modelos familiares, algunos se asemejan más al modelo de familia tradicional extendida, otros al modelo de familia nuclear más clásico, como también han empezado a surgir los hogares unipersonales y otro tipo de configuraciones familiares.

Según el informe Desarrollo humano en Chile del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (Pnud, 2002), se observa una multiplicación de morfologías familiares donde “la diversidad e informalidad en las formas de organizar los vínculos familiares es vista cada vez más como un hecho normal”, al mismo tiempo éste se apoya en la percepción “que las formas institucionales predominantes de organización de los vínculos familiares están en crisis y requieren cambios” (Pnud 2002:206). La familia se ha transformado y se han legitimado diversas formas de hacer familia, se han multiplicado las formas aceptadas de convivir en y con ella.

Estos cambios describen un escenario desde donde comprender cómo se sostienen las relaciones intergeneracionales. En este trabajo partiremos del supuesto que el modelo predominante en términos de relaciones intergeneracionales, es el modelo multigeneracional. Este modelo describe las modalidades y fundamentos de las interacciones entre miembros de una misma familia, que pertenecen a distintas generaciones y que no necesariamente comparten la cohabitación como en el modelo de familia extendida. Respecto de las modalidades de convivencia se señalarán algunos datos aportados por la Segunda Encuesta Calidad de Vida en la Vejez, Chile y sus mayores (2010). En relación con los fundamentos, se considerarán los elementos planteados por Daniela Klaus.

La diversidad de modos de intercambio se expresa en las formas de convivencia que señalan sostener los mayores con sus hijos. Según esta encuesta (2010), el 52% señala no vivir con ninguno de sus hijos, el 34% señala vivir con un hijo, el 11% con dos hijos y el 3% con tres o más hijos, es decir el 48% de los adultos mayores convive en una relación cotidiana con al menos un hijo.

En relación con la cercanía geográfica de los mayores, 42% dice que sus hijos viven cerca o en su mismo domicilio; 34% que viven en la misma ciudad a una distancia no caminable; 23% en el mismo domicilio que los padres; 21% en otra ciudad dentro de Chile; 17% a una distancia caminable y 3% en otro país.

Si consideráramos las formas de la convivencia familiar, tendríamos que pensar que una buena parte de las personas mayores tendrían sus soportes asegurados. Sin embargo, hay literatura que sostiene que las formas de convivencia no son un indicador suficiente para evaluar la calidad de los soportes intergeneracionales en la familia.

Las principales razones, según Daniela Klaus (2009), por las cuales los hijos cuidan o no a sus padres, son aspectos subjetivos, referidos a la internalización de las normas de reciprocidad y la cualidad del vínculo de apego.

Klaus, en su estudio acerca de las razones por las cuales los hijos adultos brindan soportes a sus padres viejos, discute los fundamentos de esta relación multigeneracional y señala que no existen explicaciones claras para estos arreglos. Las investigaciones sólo han identificado unas pocas explicaciones acerca de por qué los hijos ayudan a sus padres; dentro de éstas hay cuatro factores que parecen muy relevantes: el principio de reciprocidad, el sentimiento de intimidad o apego, las normas de obligación y el altruismo.

La autora estudió el peso relativo de estos cuatro factores, comenzando por reconocer que la reciprocidad es una de las razones que permiten entender por qué los hijos adultos sostienen a sus padres, dicho principio en las relaciones conlleva la norma de devolver el apoyo recibido de alguna forma (Klaus, 2009). Esto significa que la conducta de ayuda es motivada por la adhesión a las obligaciones internalizadas de colaborar a quienes nos han ayudado. Reciprocidad según la autora, en el contexto de las relaciones padres e hijos, significaría que durante la historia de la relación se logra un ajuste entre lo que se da y lo que se recibe.

En los hallazgos de su estudio el predictor más relevante de los soportes brindados a los padres, era la percepción –desde los hijos– del monto de los recursos que los padres habían movilizado en función de sus propios cuidados, este es el fundamento de la reciprocidad intergeneracional al interior de la familia.

Las características del vínculo de apego padre-hijo son también, según la autora (2009), un importante predictor de las relaciones de intercambio intergeneracional. Hijos con fuertes vínculos de apego con sus padres ofrecen más soporte a sus padres viejos.

Uno de los factores considerado sustrato de la relación de soporte intergeneracional es el tipo y monto del apego en la relación temprana padres-hijos. La teoría del apego de Bowlby da un soporte teórico a los hallazgos acerca del impacto del amor y la intimidad en las relaciones. Desde esta teoría se sostiene que la intimidad y el amor construido en la relación son fundamentales a la hora de sostener apoyos sociales a los padres. Esta hipótesis opera en ambos sentidos, tanto cuando se construye un vínculo de apego fuerte y seguro, como cuando es

débil, muy ambivalente o inestable, y en la forma de repetición de esa relación con los hijos.

Bowlby (2006) sostiene que padres débiles o enfermos, tienden a construir una relación desde la carencia con sus hijos, donde estos suelen sostener a los padres para prolongar la sobrevivencia de sus imágenes parentales de cuidado, en tanto recurso de protección aunque sea simbólico. Esto significa que padres débiles recibirán más soporte de sus hijos y que para padres más fuertes emocional, física o económicamente les resultará más difícil obtener soportes cuando lo requieren, ya que tanto para los padres como para los hijos resulta difícil cambiar el patrón de interacción establecido, basado en imágenes de las fortalezas y competencias del otro.

Los efectos del tipo de apego varían en el curso de la vida, por lo que es razonable esperar que la influencia del apego infantil se modifique en la medida que aumenta la edad de los padres y estos se fragilizan y requieren de soporte. Este curso evolutivo se sustenta desde la posibilidad de madurez emocional de los hijos, que básicamente depende de las experiencias reparatorias que hayan experimentado frente a fallas tempranas en sus vínculos de apego (Bowlby, 2006).

Según el estudio cualitativo sobre el fenómeno del maltrato hacia las personas mayores en la Región Metropolitana, realizado por el Servicio Nacional del Adulto Mayor (Senama, 2013) los adultos mayores reconocen a los hijos como las personas significativas más relevantes en las dinámicas emocionales y afectivas, y asignan mucha importancia a la relación previa, como indicador y pronóstico de la cercanía o lejanía de los hijos al entrar en la etapa de adultos mayores. Desde la percepción de los mayores el tipo de vínculo de apego incide en la calidad de los soportes.

Por otra parte, Klaus (2009) sostiene que cuando la relación ha sido de tensión y conflicto, no es evidente que por el sólo hecho de que los padres están viejos los hijos superen el conflicto y los puedan sostener amorosamente.

Otro argumento que sostiene Klaus (2009) es desde las normas. Desde la tradición sociológica la adhesión a las normas se sostiene por el deseo de aprobación social. Los estudios desde el ámbito normativo respecto del cuidado a los padres, se refieren a esta dimensión como "obligación filial" y se la define como una suerte de solidaridad normativa, que opera como un ajuste entre las normas y expectativas internalizadas y los deseos más egoístas de los individuos, donde el deseo de aprobación social juega un papel importante. Esto ocurre cuando los hijos adultos sienten que es su responsabilidad y obligación ayudar a sus padres viejos.

Esta solidaridad normativa pareciera haberse debilitado en el contexto de la modernidad, donde han adquirido un mayor espacio valores de indiferencia e individuación que dificultan la participación igualitaria de los distintos grupos sociales (Beck, 2006). Este fenómeno requiere encontrar formas de integración para los distintos grupos etarios y particularmente los viejos.

En relación con la obligación filial, es difícil definir los límites, ya que depende de las expectativas construidas por padres e hijos en esa relación específi-

ca. Sin embargo, en su estudio Jay Mancini y Rose Mary Blieszner (1989) señalan que los padres esperan que sus hijos los asistan cuando lo necesitan. Reconocen, sin embargo, que existen diferencias de género en relación con los cuidados de padres viejos, por una parte son las hijas las que habitualmente brindan más soportes, pero son también las madres no casadas, con problemas de salud quienes reciben más. Por otra parte, los padres tienen distintas expectativas respecto de lo que esperan de sus hijas y de sus hijos. Evidentemente en estos argumentos es posible reconocer las marcas del orden de género.

En el estudio de Senama (2013) los mayores señalan tener la expectativa de ser cuidados por sus hijos. Sin embargo, la obligatoriedad y exigibilidad de la preocupación de los hijos e hijas hacia sus padres mayores es relativizada en función de que hijos o hijas deben concentrar su preocupación en sus propias vidas.

Existiría la percepción desde los adultos mayores de haber cumplido su tarea de cuidado y protección, y, por lo tanto, sería justo recibir a cambio el mismo cuidado. Es decir, desde los mayores se espera que opere el principio de reciprocidad intergeneracional.

Los mayores desde el estudio, reconocen el desligamiento entre los parientes de diferentes edades como algo natural, que ellos también hicieron en su momento. Reconocen como un derecho que los hijos formen su propio hogar, por lo que la dependencia de las personas mayores de sus hijos o hijas no está significada desde la cohabitación, sino desde la forma de soporte que requieran.

Klaus (2009) indaga también acerca del peso del altruismo en los soportes intergeneracionales brindados a los padres, teniendo presente la ambigüedad del término y las bases inciertas de la conducta altruista. Desde la psicología se enfatiza el rol de la empatía como sustento motivacional de la conducta altruista, sin embargo, desde la sociología la discusión se ha centrado más bien en el impacto de cómo operan las normas sociales.

Desde lo planteado por Klaus hay dos ejes que nos facilitan comprender las razones desde las cuales se sostiene o falla el soporte intergeneracional, un eje es el ámbito normativo, que opera desde el principio de reciprocidad, y otro eje, es el vincular, que opera desde la calidad de los vínculos de apego recreados en la relación.

Si tenemos presente los cambios culturales en las formas de convivencia familiar, que se sostienen en la valoración de la autonomía e individualidad propios de la modernidad; como también los aspectos subjetivos que inciden en las relaciones intergeneracionales, se construye un escenario donde surgen riesgos y desafíos para pensar en cómo sostener del mejor modo las necesidades de soporte de los mayores.

En Chile la familia continúa siendo el principal soporte para los adultos mayores. Es posible hipotetizar que en las familias donde operan sólidamente las normas de reciprocidad y los vínculos de apego, los soportes intergeneracionales continúan operando. Por el contrario cuando estos fundamentos se debilitan y el

marco valórico predominante promueve el proyecto individual surgen riesgos en los soportes generacionales.

Así pueden surgir distintos escenarios: familias en que conviven distintas generaciones y sostienen relaciones de soporte basado en la reciprocidad y vínculos de apego. Y familias donde la cohabitación es sólo una estrategia de sobrevivencia, sin contar con los fundamentos para sostener los soportes.

En este contexto la convivencia en un mismo hogar de las distintas generaciones, especialmente cuando no corresponde a una real elección, puede constituir más bien un factor de riesgo de aparición de malos tratos hacia los mayores, que un espacio de acogida y cuidado.

Otro escenario posible de estructura familiar es cuando no conviven las distintas generaciones, o el adulto mayor no tiene descendencia. En los casos que tienen descendencia la calidad de los soportes también dependerá de cómo opera el principio de reciprocidad y la calidad de los vínculos de apego que hayan desarrollado. En el caso de los adultos mayores que no tienen descendencia directa es más radical el vacío respecto de sus soportes intergeneracionales y aparece más evidente la necesidad de pensar los soportes más allá de la familia.

Es posible pensar que en Chile, en la medida que se han incorporado los cambios sociales y culturales propios de la modernidad en los distintos grupos, se han debilitado los soportes intergeneracionales, especialmente en las familias donde falla el principio de reciprocidad y la calidad de los vínculos de apego es frágil. En estos contextos familiares sin un marco valórico que enfatice la responsabilidad filial, y que por el contrario resalta los valores del proyecto individual, aparece el riesgo de precarización de los soportes.

En Chile la mayoría de los mayores vive en contextos familiares, aun cuando no sea descendencia directa, por ello se tiende a pensar que los soportes están bastante asegurados, sin considerar si cuentan con las condiciones para brindarlos.

Respecto de las formas de convivencia la literatura plantea que el factor decisivo en esta distinción es el nivel socio económico. En hogares con escasez de recursos la convivencia en el mismo domicilio es la forma de convivencia más habitual. En las clases más acomodadas, la forma de convivencia más habitual entre padres mayores e hijos adultos es la cercanía geográfica (Bonvalet, 2003).

Por otra parte, los autores destacan que para los padres adquiere mucha relevancia la cualidad subjetiva de los soportes, en el sentido de que no consiste en la cantidad o frecuencia de los soportes y contactos con los hijos, sino lo que valoran es la cualidad de la relación, si es hostil o amistosa, independientemente de la cantidad y tipos de soporte brindados, señalan que sentirse respetado y querido es lo más relevante para los padres (Lopata, 1975; Walker, 1977, citado en Guzmán, Huenchuán & Montes de Oca, 2002).

Resulta necesario pensar en distintos tipos de soporte según las necesidades y contexto de soporte en que vivan los adultos mayores. Una modalidad de

formas de soporte que existe en países demográficamente envejecidos y con políticas sociales frente al aislamiento social y soledad de los adultos mayores, son los soportes a distancia vía grupos de apoyo telefónico según el tipo de necesidad. Estos servicios indican que contribuyen a la reinserción social, básicamente a través de restablecer la confianza en que frente a cierto tipo de necesidades, los mayores tienen a quién recurrir. También señalan que el uso de los servicios a distancia depende mucho de rasgos de personalidad y características culturales (Cattan, Kime & Bagnall, 2011).

En Chile la visión de la familia como la red de soporte, es una característica cultural, que no está considerando los cambios impuestos por la modernidad. Existen iniciativas desde distintos servicios municipales y fundaciones de apoyo hacia los adultos mayores que contribuyen activamente en su bienestar; este tipo de estrategias fortalece el carácter comunitario de los soportes, resolviendo no solo las necesidades instrumentales de los adultos mayores sino también contribuyendo a su integración social.

Considero relevante observar la experiencia de países con políticas de envejecimiento más desarrolladas y reconocer el momento en que comenzaron a implementar estos servicios y las modalidades de diseño exitosas, pensando en que el modelo de soporte casi exclusivamente familiar no es sostenible en el tiempo, ni del mismo modo en los distintos grupos sociales.

El tema que pone en discusión la profesionalización de los servicios de apoyo, es el tema de la intimidad, con quienes los adultos mayores establecen relaciones de proximidad frente a necesidades de apoyo. Sin embargo, existen distintos tipos de soportes necesarios, algunos son instrumentales, otros emocionales o económicos. Algunos requieren mayor compromiso emocional e intimidad, otros no. Este tipo de distinciones en relación con las necesidades de soporte de los mayores, es un camino para pensar estrategias que se pueden implementar desde la comunidad.

Comprender los cambios que ha experimentado la familia en su estructura y funcionamiento, necesariamente conlleva a repensar los soportes sociales que requiere para cumplir con su misión de velar por la protección y cuidado de sus miembros.

Considero pertinente, desde la política pública de cuidado de los mayores, iniciar una línea de propuestas de sensibilización y ofertas de servicios a distancia, o servicios comunitarios acorde a las necesidades de apoyo reconocidas de la población adulta mayor, particularmente de los que viven solos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- » Beck, U. (2006). *La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad*. Paidós.
- » Bonvalet, C. (2003). La familia en el entorno local. *Population*, 58(1), 9-43. Recuperado de: http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/pop_0032-4663_2003_num_58_1_7384.

- » Bowlby, J. (2006). Los Vínculos afectivos: Formación, Desarrollo y Pérdida. España: Morata.
- » Guzmán, J. M., Huenchuán, S. & Montes de Oca, V. (2002). Redes de apoyo social de las personas mayores: Marco conceptual. En Huenchuán, S. (Comp.). Redes de Apoyo Social de las Personas Mayores: el rol del estado, la familia y la comunidad. Centro Latinoamericano y Caribeño de demografía (Celade), División de población de la Cepal. Ed. Fondo de Población Naciones Unidas. Recuperado en: <http://envejecimiento.sociales.unam.mx/articulos/redes.pdf>.
- » Klaus, D. (2009). Why Do Adult Children Support Their Parents?. Journal of comparative family studies, Vol. 40(2), 227-242.
- » Lesthaeghe, R. (1995). La deuxième transition démographique dans les pays occidentaux: une interprétation. En D.Tabutin (Ed.) Transitions démographiques et sociétés, (pp. 133-180) Editions Académia - Harmattan, Louvain-la-Neuve & Paris.
- » Mancini, J. & Blieszner, R. M. (1989). Aging Parents and Adult Children: Research Themes in Intergenerational Relation. Journal of Marriage and the Family, 51, 275-290.
- » Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC) & Servicio Nacional del Adulto Mayor (Senama). (2010). Segunda encuesta nacional: Calidad de vida en la vejez. Chile y sus mayores. Santiago, Chile.
- » Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (Pnud). (2002). Desarrollo humano en Chile. Nosotros los chilenos: un desafío cultural. Santiago: Pnud.
- » Servicio Nacional del Adulto Mayor, Senama. (2013). Estudio sobre el fenómeno del maltrato hacia las personas mayores en la Región Metropolitana.

EL MALTRATO A LAS MUJERES ADULTAS MAYORES

Beatriz Zegers P.

RESUMEN

Este escrito está dedicado a abordar el complejo y multidimensional fenómeno del maltrato hacia mujeres adultas mayores que puede ocurrir en el seno de la familia. Se mostrarán algunos antecedentes y se realizarán ciertas reflexiones en torno a esta dolorosa realidad acerca de la cual se tienen noticias, pero cuyas cifras subestiman su presencia.

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de programas y acciones orientados a proteger, promover y defender los derechos humanos de los adultos mayores, ha sido una preocupación constante del Servicio Nacional del Adulto Mayor (Senama) desde su creación en 2002 por Ley N°19.828. Desde 2009, Senama maneja registros de situaciones de abuso, violencia y maltrato a los adultos mayores. Más recientemente, la Ley N°20.427, formula el marco jurídico que regula específicamente el maltrato a los adultos mayores, como un caso particular de violencia intrafamiliar, el que según la Encuesta Nacional de Victimización de Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales del Ministerio del Interior, de 2008, tiene una prevalencia de 19,8% en este grupo etario (en Caballero, 2012). Esta última ley por cierto que constituye un importante avance, pero impedir que este maltrato ocurra, requiere no sólo del citado cuerpo legal, sino que de profundizar el conocimiento sobre el envejecimiento y continuar estudiando áreas particularmente sensibles como son aquellas en la que esta violencia se desencadena.

Este escrito se inscribe en esta perspectiva y está dedicado a abordar el complejo y multidimensional fenómeno del maltrato hacia mujeres adultas mayores que puede ocurrir en el seno de la familia. Se mostrarán algunos antecedentes y se realizarán ciertas reflexiones en torno a esta dolorosa realidad acerca de la cual se tienen noticias, pero cuyas cifras subestiman su presencia. Factores de variada índole permiten explicar esta minimización cuando la violencia es perpetrada fuera de la casa, pero como se mostrará, sobrepasar las barreras que se erigen cuando esta acontece al interior del hogar es algo extremadamente más difícil. Por lo mismo, cualquier intento por abordar las manifestaciones de la violencia doméstica

supone una tentativa por tratar de articular lo que muchas de sus víctimas todavía no son capaces de decir por sí mismas, desprendiéndose que los esfuerzos permanecerán distantes a la realidad vital de quienes son sus protagonistas.

Se busca contribuir a la visibilización del maltrato hacia mujeres adultas mayores que ocurre en el seno de la familia, aunque sea difícil establecer comparaciones y generalizaciones en torno a la evidencia disponible. Con todo, es cierto que se trata de un asunto que ha sido posible sacar hacia el discurso público gracias a procesos de cambios culturales y la globalización (Hazan, 2000 en Rabi, 2006). Se parte del supuesto de que el maltrato es un hecho que ha formado parte de la experiencia cotidiana de antes y ahora, y que han surgido nuevas formas de maltrato silenciados o invisibles, de gran heterogeneidad. Se verán algunos de los distintos tipos de violencia que las mujeres adultas mayores pueden padecer (maltrato físico, psicológico, abuso económico, abuso sexual, negligencia y abandono), sin olvidar que lo que puede resultar abusivo para un observador externo, puede no serlo para la víctima (Basile & Saltzman, 2002). Se sugerirán y propondrán acciones orientadas a prevenirla, implementar medidas remediales o paliar en parte sus consecuencias, tratando de identificar los factores protectores y de riesgo.

El maltrato es una realidad observada, percibida, intuida, estudiada y también vivida como víctima o victimario. Para comprender los estragos que causa el maltrato hay que penetrar sin duda en el mundo interno del sujeto; es allí donde aparecen las significaciones y sentidos antropológicos y psicológicos que es necesario interpretar y descifrar; es ese el espacio en el que se vulnera la identidad personal tanto del agredido como del agresor, "ya que ambos roles se intercambian con facilidad" (Dörr, 1996, p. 50). Lamentablemente, existen pocos estudios y referencias acerca de este mundo interno, y por ende, es un camino que queda pendiente por recorrer.

PERSONA Y DIGNIDAD DE LOS MAYORES

El estudio llevado a cabo por Flasco y Senama (2013) afirma que la percepción de pérdida del estatuto de persona estaría relacionada con las conductas de maltrato psicológico y abandono hacia el adulto mayor. En efecto, el citado estudio sostiene que estas situaciones son identificadas a través de matices y sutilezas que van más allá de insultos abiertos o negligencia y son descritas, a veces, como invisibilidad, falta de empatía e ignorancia respecto de lo que el adulto mayor requiere en el ámbito de las relaciones familiares. De lo antedicho se desprende la necesidad de volver a recordar, brevemente, la noción de persona y la dignidad específica del adulto mayor que ha llegado a una edad avanzada.

De la clásica definición de persona, dada por Boecio, se desprende que lo propio de ella, en comparación con los demás seres de la creación, es su naturaleza racional y que se manifiesta en la capacidad de tomar conciencia, de darse cuenta, de reflexionar, de mirarse a sí mismo y a los otros, de comprender el sentido, de discernir, de elegir entre muchas posibilidades, aspectos todos íntimamente vinculados a la libertad (Zegers, Contardo, Ferrada, Rencoret & Salah, 2003). Y el mundo personal es el de la autoconciencia, de los valores éticos y jurídicos

(Arregui & Choza, 1992). La persona se predica irrestrictamente de todos los seres humanos y designa, al mismo tiempo, la singularidad de cada uno, su carácter irrepetible y único y la igualdad de todos ellos; allí radica su dignidad, el merecimiento de respeto y consideración. Por su parte, la palabra “dignidad” se vincula a los términos valor y mérito, y este último tiene además la connotación de deuda, “lo que alguien merece es también algo que le es debido, y lo que le es debido es algo en cierto modo ya suyo, que le es propio” (Choza, 1994, p. 198).

Flasco y Senama (2013) constata que el paso a la adultez mayor trae consigo un cambio en la posición desde la cual se mira y se es mirado por los otros, al tiempo que se advierte una disonancia entre la percepción que se tiene de sí mismo y cómo se es visto por los otros, quién es en definitiva quien otorga la titularidad del estatuto de persona (un individuo o una institución); la discrepancia en las percepciones es relevante puesto que se convierte en fundamento de la exclusión, la limitación de la autonomía y la destitución de los derechos del adulto mayor en distintas esferas. Desde esta posición de exclusión, continúa el citado estudio, surgen también, la injusticia y la discriminación; del trato injusto deviene el trato impersonal, hasta inhumano y la discriminación.

Asimismo, el lugar que ocupan los adultos mayores al interior de la familia, puede ser un lugar personalizante o bien, la familia pasa a ser un espacio despersonalizante, de exclusión, de destitución, de indefensión respecto de su rol y, en algunos casos, de pertenencia al grupo familiar (Flasco y Senama, 2013).

Ahora bien, mientras el amor personaliza, en la medida que quien ama es más sí mismo y por lo mismo, es más persona y quien es amado, es más un tú irremplazable; la agresión en cambio, despersonaliza, porque le quita al otro el carácter de persona única, lo cosifica, lo vuelve en un ser anónimo, lo transforma en un apelativo (“viejo”, “inútil”, “inservible”) y a mayor anonimato mayor probabilidad existe de que la agresión sea más cruel y destructiva (Dörr, 1996). Historias como las que relata Crimen y castigo de Fedor Dostoievski (1866/2008) ilustran lo que se está diciendo. Recordará el lector que esta novela versa sobre el crimen que comete Rodión Raskólnikov en contra de una “vieja usurera”. El ser humano no necesita ser agresivo, pero puede serlo precisamente porque es libre, porque variadas circunstancias pueden llevarlo a ser, asunto que se verá a continuación. Tal como señalábamos, podría existir una vinculación de esta etapa de la vida con la soledad y el abandono en el plano de las relaciones afectivas y la indiferencia en el plano social comunitario. El adulto mayor pareciera ser, en ocasiones, abandonado a su suerte, en la medida en que avanza el proceso de destitución de sus derechos pecuniarios, familiares y sociales. Una forma de maltrato –más o menos invisible– es la que está asociada a la pérdida del estatus de persona, que implica la posibilidad de que el adulto se convierta en objeto expulsable e incluso desechable; posiblemente más propio de los sectores medios bajos y bajos, dada la doble exclusión suscitada por la condición de pobreza y edad (Flasco & Senama, 2013).

VIOLENCIA AL INTERIOR DE LA PAREJA

El estudio llevado a cabo por Flasco y Senama (2013), encontró que el fenómeno del maltrato adquiere su mayor nitidez en el campo de las relaciones de

pareja, especialmente del hombre hacia la mujer, donde sus efectos se visualizan en términos psicológicos y en algunos casos, como ocurre en el segmento socio-económico bajo, se agrega el maltrato físico. Lamentablemente, hasta donde se ha podido conocer, las estadísticas chilenas, no permiten identificar cuánto de los casos que consultan o que constituyen maltrato intrafamiliar son propiamente de violencia al interior de la pareja (Senama, 2012; Carabineros de Chile, 2012).

En Estados Unidos las estimaciones anuales de prevalencia de violencia por parte de la pareja (Intimate partner violence, IPV), muestran una gran variabilidad, lo que se explica en parte porque no existen definiciones estandarizadas y compartidas, porque las formas de reporte o instrumentos empleados son de diversa índole o porque no siempre ésta se informa o denuncia (Nelson, Bougatsos, & Blazinia, 2012). Con todo, sólo por tener algunas referencias, el estudio realizado por el Older Women's League (1994 en Papalia, Sterns, Feldman & Camps, 2009) señala que aproximadamente 1,4 millones de mujeres estadounidenses, con edades de 45 a 64 años, y un estimado de 500 mil mujeres de 65 años o más son abusadas por su marido o compañero varón. Por su parte, la investigación realizada por el Women's Health Initiative en una muestra de 91.749 mujeres postmenopáusicas, publicado en 2004, encontró que el 11% reportó haber sido abusada el año anterior; de este porcentaje, 2,1% indicó haber sufrido abuso físico, 89,1% abuso verbal y 8,8% haber sido objeto de ambos (en Nelson, Bougatsos & Blazinia, 2012). En Israel, una encuesta nacional llevada a cabo en 2003, reveló que el maltrato físico y las limitaciones a la libertad del adulto mayor ocurrían mayormente en la relación de pareja (Eisikovits, Winterstein, & Lowenstein, 2005 en Rabi, 2006). Estas cifras probablemente constituyen representaciones subestimadas dados la vergüenza y el temor a la represalia que experimentan sus víctimas.

Las personas en general, no tienen mayores dificultades para identificar y definir las formas de maltrato físico y tampoco para reconocer y graduar la severidad de las variadas formas en que éste puede ocurrir. Las víctimas, por otra parte, perciben la situación de ser maltratadas físicamente, comunican qué hacen para enfrentarla y sobrevivir y cuáles son las barreras que han de sortear para buscar ayuda; sin embargo, poco se ha escrito acerca de cómo el maltrato no físico afecta a la víctima. Esta última forma de maltrato se ha descrito como invisible y silenciosa (Seff, Beaulaurier, & Newman, 2008), a pesar de que es la forma más común de abuso en parejas mayores y es reportada con mayor frecuencia en la actualidad a partir de los 55 años, que lo que ocurría en épocas pretéritas (Zink, Fisher, Regan, & Pabst, 2005 en Seff, Beaulaurier, & Newman, 2008).

Su naturaleza insidiosa, los efectos en la autoestima y en la autoimagen de las mujeres que lo padecen, independiente de si son jóvenes o ancianas, vivencias desesperanzadas que remiten y se asocian a temor, a la soledad y al desamparo, consecuencias y repercusiones en la salud física y mental, pueden a veces ser tanto o más dañinas que la violencia física, de allí que a continuación nos detendremos en esta forma particular de maltrato.

En 2008, Seff, Beaulaurier y Newman, al concluir una investigación para estudiar el maltrato no físico, sobre un focus group de 134 mujeres, de entre 45 y 85 años de edad, observaron que:

- a. Es probable que el número de mujeres que sufre de maltrato doméstico sea mucho mayor a las que padecen maltrato físico.
- b. La mayoría de las víctimas y no víctimas de este estudio consideró que el maltrato psicológico podía ser más dañino en el tiempo que el físico.
- c. Las consecuencias físicas y emocionales de un maltrato no físico continuado podían contribuir a problemas físicos y de salud mental entre las mujeres adultas mayores.
- d. A pesar de reconocer las consecuencias negativas, las adultas mayores tienden a creer que el maltrato no físico “no cuenta” como un problema legítimo y denunciado, y por lo tanto, probablemente no pedirán ayuda.
- e. Los servicios legales y comunitarios no parecen estar preparados para responder frente a este tipo de maltrato, dejando a muchas víctimas excluidas de la asistencia.

A mayor abundamiento, los resultados de los focus group realizados por Seff, Beaulaurier, y Newman (2008) muestran que las participantes conectaron dinámicas de poder y control con el impacto que el maltrato psicológico producía en la mujer mayor, más todavía cuando el abuso podía coexistir con conductas amorosas, aumentando la incertidumbre de la víctima acerca de sí misma y sus percepciones. Así también, las víctimas percibían el maltrato psicológico como una destrucción sistemática de los sentimientos de bienestar y auto-eficacia. Las tácticas de control incluían: atemorizar, celar, manipular, hablar anticipadamente y aislar, a través de limitar el contacto con padres, familias y amigos. Describieron como particularmente perturbador y peligroso el sentirse invisibles para sus familias y la sociedad. Las víctimas señalaron que frecuentemente, la manipulación había comenzado tempranamente en la relación y tendía a mantenerse en el tiempo. Hay que recalcar que el distanciamiento o separación de la víctima de su familia y el mundo exterior no solo corta las avenidas de escape, sino que también las fuentes de mensajes apoyadores no controlados por el abusador.

Las participantes relataron ciertos rasgos y cualidades de las mujeres mayores y los relacionaron a valores y actitudes generacionales que las volvían más vulnerables a tácticas abusivas de parte de sus parejas; destacaron el sometimiento, actitud que evaluaron como difícil de cambiar, no obstante saber las consecuencias que este podría acarrearles; por otra parte, también aludieron a la importancia de los votos matrimoniales y a la noción de que las mujeres tienen que ser perfectas.

En este contexto, conviene recordar que las mujeres mayores de hoy fueron criadas en un tiempo en que las diferencias de roles genéricos eran más fuertes y menos permeables que hoy día; aprendieron que era deseable la subordinación, el agrandar al marido en casa, el preocuparse por mantener un hogar acogedor, aspectos todos que pueden ser explotados por el abusador.

Lo antedicho es concordante con el estudio realizado por Flacso y Senama (2013), en el cual se reconoce la sujeción de la mujer-esposa al marido como parte de un orden anterior en las relaciones de pareja, que no se compadece con los tiempos actuales. Estas modalidades de convivencia no son completamente comprendidas como formas de maltrato por las mujeres, quienes interiorizaron

este “deber ser”. Sin embargo, en la conversación, muchas de las participantes fueron capaces de desestimar estas desigualdades e instalaron como legítimas y deseables las relaciones igualitarias o de mayor equiparidad entre los sexos; constituyendo una manifestación de los cambios que se están operando, lo que resulta compatible con lo señalado por Stuvén et al. (2013). En efecto, la citada historiadora comenta que, si bien la mujer no abandona del todo su apego a la domesticidad, manteniendo su identificación con los roles tradicionales, ha cambiado la visión de sí misma como individuo, lo que se detecta en el realismo y desapego frente a temas como el matrimonio.

Múltiples son las causas de por qué los hombres mayores abusan de sus parejas. Puede ser la expresión de una historia de violencia o la continuación de ésta en la vejez, un conflicto que ha estado presente a lo largo de la vida en común, en la relación, pero que se vuelve más virulento cuando ocurre algo que altera el equilibrio. Así por ejemplo, la jubilación del marido puede ser el estímulo desencadenante, si el hombre experimenta una merma en su autoestima por este hecho, puede buscar autoafirmarse golpeando a su esposa; uno que fue abusivo con sus compañeros de trabajo y subordinados, puede desplazar ahora su agresión hacia su esposa (AARP, 1993 en Papalia, Sterns, Feldman, & Camps, 2009).

Una mujer anciana que sufre abuso de su pareja, puede permanecer en la relación porque creció en una época en que no se hablaba de maltrato, porque los roles femeninos aprendidos, como ya se dijo, eran diferentes; porque fue educada en una época en que no se alentaba a las mujeres a ser independientes y no se encuentra preparada o cree que no puede arreglárselas sola (Rhodes, & McKenzie, 1998 en Papalia, Sterns, Feldman, & Camps, 2009). También puede ser que el desafío de iniciar una vida separada, sea considerado como algo inabordable o bien, porque puede ser muy perturbador psicológicamente dejar un hogar en el que se ha vivido por muchos años e interrumpir las relaciones establecidas con amigos, familia y vecinos. Una mujer puede sentir que tiene más que perder al irse que al quedarse, porque invirtió mucho en tales relaciones. Lamentablemente no existen estudios longitudinales que permitan comprender mejor el por qué esta violencia al interior de la pareja se perpetúa en el tiempo.

Lo que se ha venido diciendo es concordante con la investigación sistemática de la evidencia realizada por Nelson, Bougatsos y Blazinia (2012) y que clasifican los factores de riesgo para la violencia en la pareja íntima en tres categorías: aquellos propios de la relación de pareja, los comunitarios y los sociales. Dentro del primer grupo destacan los conflictos maritales, tensiones, inestabilidad, incluyendo divorcio y separación, dominancia y control de la relación por uno de los miembros sobre el otro, estrés económico, y relaciones familiares insanas. Entre los segundos, se encuentran la pobreza asociada a hacinamiento, bajo capital social reflejado en falta de instituciones, escasas o inexistentes red de relaciones, las normas compartidas por la comunidad respecto a interacciones sociales, y bajas sanciones sociales contra esta forma de violencia. Finalmente, entre los factores sociales, se destacan las normas existentes en relación a las diferencias de género y la existencia de violencia que precede en 5 años a la consulta por un problema de salud.

Abuso sexual

Respecto del abuso sexual, en el estudio conducido por Flasco y Senama (2013), no hubo menciones espontáneas acerca de la existencia de abuso sexual hacia las personas mayores por parte de la pareja o por personas ajenas al núcleo familiar; sin embargo, los adultos del segmento medio señalaron su potencial existencia y lo consideran una realidad oculta. Por su parte, el estudio sobre Prevalencia de Maltrato en la Región de Valparaíso (Senama, 2013), del total de personas mayores que habrían sufrido algún tipo de violencia sexual (5%), se refirieron prioritariamente al acoso sexual, y destacaron que había habido consumo de drogas (78,1%) y consumo de alcohol (21,9%). El mismo estudio recalca como factores de riesgo, para este tipo de maltrato, el hecho de ser mujer, en edades entre 60 y 69 años y ser una persona con alguna enfermedad o discapacidad psicológica. No obstante, el abuso sexual es el tipo de maltrato porcentualmente menos referido en el estudio llevado a cabo por la Unidad de Estudio de Senama en Valparaíso (2013). Lo anterior no resulta sorprendente si se considera que existen muy pocas investigaciones realizadas con adultos mayores orientadas a indagar acerca de la sexualidad normal en esta época de la vida. Los adultos mayores actuales nacieron hace más de medio siglo, época en que todo lo relativo al sexo era un tema tabú; no obstante, desde entonces, se han producido avances en distintos ámbitos, entre los que se incluyen conceptos y prácticas relativas a la sexualidad (Senama, 2004; Vásquez-Bronfman, 2006; Urquiza, Thumala, Arnold-Cathalifaud, Ojeda, & Vogel, 2008). Se ha documentado que la sexualidad para estos adultos mayores sigue siendo algo acerca de lo que no se habla, o si se habla, se alude con disimulo, discreción, en el marco de la broma, de la ridiculización o de una enfermedad, con lo cual la connotación erótica-placentera desaparece (Vásquez-Bronfman, 2006).

Si existen barreras para hablar acerca de la sexualidad normal en los adultos mayores, se comprende que éstas sean mayores cuando se trata de abordar el tema del maltrato sexual y para identificar a sus víctimas. No sorprende por ende, que la alusión a esta forma de maltrato sea realizada en tercera persona, que sólo aparezca cuando se pregunta explícitamente y que no existan relatos complejos que den cuenta de los significados que puedan subyacer a este tipo de experiencias dado el desconocimiento de los participantes sobre el particular (Flasco y Senama, 2013).

No obstante, no ha sido el foco de este capítulo, revisando la bibliografía nos encontramos con un artículo que despertó nuestro interés y que por su novedad nos pareció relevante incluirlo. Consiste en un trabajo realizado por Rosen, Lachs, y Pillemer (2010) y que se refiere a la agresión sexual entre residentes en centros de larga estadía (Nursing Homes). Se trata de una forma de agresión sexual perpetrada mayoritariamente por residentes (pueden o no ser familiares), que presentan una conducta hipersexualizada y cuya causa se asocia a alguna forma de demencia, fenómeno acerca del cual existen escasas publicaciones. De hecho, una búsqueda de la literatura entre los años 1980 a diciembre de 2009, llevó a los autores antes citados a incluir sólo ocho referencias.

Rosen, Lachs, y Pillemer (2010) comentan que ninguno de estos estudios examina sistemáticamente la prevalencia de abuso sexual en adultos mayores

residentes en estos hogares y las frecuencias aludidas sólo se basan en los casos reportados. Si la violencia sexual es probablemente la forma de maltrato a adultos mayores menos conocida, detectada y/o reportada, dadas las barreras existentes en relación a la sexualidad en este grupo etario y a la errónea creencia de que la sexualidad es inexistente en estas edades, más difícil es aún conocer su real magnitud cuando víctimas y victimarios son portadores de una demencia y que por ende, en último término, ambos son víctimas. Erróneamente se piensa que ellos no pueden ser objeto de deseos sexuales o sujetos de abusos. Estas víctimas, no sólo se enfrentan a sentimientos de culpa, vergüenza o temor a la represalia, sino que incluso no pueden hablar de estos abusos debido a déficits cognitivos o comunicacionales, más aún, hay veces que incluso no son capaces de darse cuenta de que han sido abusados. Los autores del trabajo al que se está aludiendo, citando a Hodell, Golgin, Jozwiak et al. (2009) señalan que los jurados a menudo cuestionan la credibilidad de los testimonios entregados por adultos mayores abusados sexualmente, con lo que la probabilidad que emitan veredictos de culpabilidad, es bajísima, más todavía si el incidente ha ocurrido en una institución.

De los estudios analizados por Rosen, Lachs, y Pillemer (2010), en 50 casos probados de abuso sexual a mujeres adultas mayores residentes, el 90% había sido cometido por hombres adultos mayores residentes. No quedan dudas que las conductas hipersexualizadas constituyen un potencial factor de riesgo de abuso sexual a mujeres adultas mayores residentes en centros de larga estadía, aunque existen reportes de casos de erotomanía entre estas últimas (Brune, Schroeder, 2003 en Rosen, Lash, & Pillemer, 2010). Este riesgo se incrementa a medida que aumenta el deterioro cognitivo, particularmente en casos en que los lóbulos frontales y temporales se encuentran comprometidos.

Los abusos sexuales pueden traer consecuencias serias físicas y psíquicas en adultos mayores vulnerables, dado que cuentan con menos reservas fisiológicas para capear el incidente, precipitando la muerte de la víctima antes del año de su ocurrencia, pueden sufrir lesiones genitales más serias que en víctimas de menor edad, posiblemente debido a los bajos niveles estrogénicos en mujeres postmenopáusicas, la existencia de co-morbilidad frecuente, el estrés que acompaña el episodio puede agravar cuadros hipertensivos o diabéticos, provocar enfermedades de transmisión sexual, causar agitación, rabia, no adherencia, resistencia al cuidado, alteraciones de sueño y apetito, entre otros (Rosen, Lash, & Pillemer, 2010).

Violencia al interior de la familia

El estudio llevado a cabo por Flacso y Senama (2013) destaca que los cuidados son distribuidos inequitativamente por género. Abiertamente se feminiza el cuidado, señalando que las mujeres son quienes deben cuidar a los padres en la vejez o se desliza de manera implícita en el discurso, al mencionar a las "hijas" más que a los "hijos" cuando se habla de cuidado.

En Estados Unidos, anualmente entre 1 y 5 millones de adultos mayores, de 65 y más años, son física y sexualmente abusados o maltratados por sus cuidadores en el ambiente familiar (National Research Council, 2003; U. S. Department

of Health and Human Services, 2006 en von Hendrich, Schiamburg, & Chee, 2012). Los citados autores, siguiendo los resultados del National Elder Abuse Incidence Study, indican que la tasa de abuso por cada individuo de 65 y más años, que vive independiente en la comunidad o de modo semi-independiente con miembros de la familia, alcanza a 41 por cada 1.000 familias; los perpetradores de estos abusos son con mayor probabilidad hijos adultos o nietos (77%) (National Center of Elder Abuse, 1998 en von Hendrich, Schiamburg, & Chee, 2012).

El silencio que envuelve el tema del maltrato de los hijos hacia sus padres y los esfuerzos que realizan los progenitores por esconderlo, tiene que ver en parte con el agobio causado por sentimientos de vergüenza, aflicción y angustia que ellos experimentan (Jackson, 2003). Llama asimismo la atención, que la literatura especializada cuando aborda esta problemática, se centre más en la violencia de los hijos hacia sus padres que hacia sus madres, permaneciendo esta última menos reconocida y entendida (Jackson, 2003).

Si las mujeres víctimas de maltrato por parte de sus esposos o pareja reportan complejos sentimientos de amor y odio (Cody 1996 en Jackson, 2003), más confusos pueden ser los sentimientos que tiene la madre que es agredida por su hijo en cualquier forma, ya que los vínculos materno-filiales son de gran intimidad afectiva y todavía sigue ella siendo la responsable del cuidado de sus hijos (Flasco y Senama, 2013). Muchas de estas madres están convencidas que el amor maternal es incondicional y permanente y también lo están, de que sus hijos las protegerán (Jackson, 2003). Lo antedicho es concordante con los resultados de la Segunda Encuesta Nacional: Calidad de Vida en la Vejez realizada en Chile en 2010 y que muestran que 46% de los encuestados opinaba que es un deber de los hijos cuidar a sus padres cuando ellos ya no pueden hacerlo.

Con todo, el lugar de las personas mayores en la familia chilena está cambiando y no sólo eso, sino que además su valía; las generaciones más jóvenes tienden a considerarlas como un "estorbo" y a evidenciar ausencia de preocupación hacia sus necesidades, con lo cual se está propendiendo hacia una ruptura en la relación entre las generaciones, lo que es vivido por los adultos mayores como despojo y afrenta ante la posibilidad de ser repudiado/a por el hijo/a (Flasco y Senama, 2013). Puede ser difícil para los adultos mayores aceptar que son otros los sentimientos que se anidan en sus hijos o nietos y darse cuenta que uno no será cuidado y protegido en la vejez, que no será retribuido. No es raro que estas madres se sientan responsables por lo que ocurre y que piensen que ellas son las que han fracasado al permitir que la violencia se instale (Jackson, 2003).

En las Tablas de la Ley que inspiran a la tradición judía, se encuentra inscrito el "principio de obligación" que establece el respeto y cuidado a los padres adultos mayores (Rabi, 2006). Hazan (2000 en Rabi, 2006) explica que este principio está organizado en torno a la valiosa noción de inclusión de los adultos mayores dentro de la colectividad. Por ende, la violación de éste es percibida como algo abusivo. Siguiendo esta norma, todas las culturas de raigambre judea-cristiana, la respetan, creándose las condiciones para que se establezca un diálogo y se manifieste la solidaridad, caridad y justicia intergeneracional. Evidencias recientes indican que en Israel la mayoría de los maltratos a adultos mayores ocurren en

el contexto doméstico, típicamente por parte de hijos adultos (45%) (Katzman & Litwinm 2002 en Rabi, 2006).

Por su parte, los principios de Confucio sobre la “**piEDAD filial**” forman parte de la tradición en la cultura japonesa. De acuerdo a este principio “uno debe proveer el bienestar material y mental a sus padres ancianos, realizar los deberes ceremoniales de veneración ancestral, cuidar para evitar el daño al cuerpo, asegurar la continuidad de la línea familiar, y en general disciplinarse a sí mismo para preservar el honor y evitar traer vergüenza al nombre familiar” (Ho, 1996, p. 170 en Arai, 2006). Las estadísticas actuales probablemente no reflejan las verdaderas cifras de maltrato a las personas mayores, en parte porque en Japón es importante mantener los asuntos familiares en privado y los conflictos públicos familiares se consideran una vergüenza, resultando una cultura tolerante hacia la violencia doméstica (Arai, 2006), aún así, encuestas recientes revelan que los hijos son quienes mayormente maltratan a sus ancianos (32%), seguidos por las nueras (21%) (Lies, 2004 en Arai, 2006).

La aparición de las nueras no ha de extrañar ya que en Japón, la responsabilidad de cuidar a los padres mayores tiende a recaer en la esposa del hijo mayor, quien es la encargada de cuidar a sus suegros y marido; empero, en los años recientes se ha encontrado que los conflictos pasados nuera-suegra a menudo derivan en maltrato hacia la persona mayor, en especial cuando han alcanzado la cuarta edad y si además sufren de demencia (Arai, 2006).

Usando un modelo ecológico bi-focal para el abuso adulto desarrollado por Schiamberg & Gans, 2000 y siguiendo las recomendaciones del National Research Council (2003), von Hendrichm Schiamberg, y Chee (2012) estudiaron los factores de riesgo de maltrato físico en diversos niveles ecológicos. El estudio señala la centralidad de la cualidad de la relación adulto mayor/adulto hijo como el primer foco o contexto para entender los factores de riesgo de maltrato físico en adultos mayores. Es así que la cualidad de la percepción que tenía el adulto mayor respecto de la relación con su hijo adulto (feliz-infeliz, positiva-negativa) era un importante factor que influenciaba la probabilidad de ocurrencia de maltrato físico de parte del hijo adulto hacia el adulto mayor. Asimismo, los citados investigadores destacan el rol que desempeña la percepción de la víctima acerca de la falta de control sobre la relación asociada a sentimientos negativos de parte del adulto mayor (indefensión) y su inhabilidad para negociar y mantener una relación positiva como el predictor más significativo para la existencia de una interacción negativa e incremento de maltrato físico. Además, el estudio indica que mientras mayor sea el esfuerzo desplegado por el padre adulto para mejorar la relación con el hijo adulto (empatía y rol playing, tratar de entender la perspectiva y circunstancias del hijo adulto) menor es la probabilidad de que se produzcan encuentros agresivos o violentos. Se desprende de lo anterior, que relaciones caracterizadas por violencia intrafamiliar de larga data pueden ser desafiadas y mejorar. Igualmente, la percepción que el adulto mayor tiene acerca de las dificultades de su hijo adulto para llevarse bien con los miembros de la familia, se encuentra directamente asociada a un empeoramiento de la cualidad de la relación e incrementa la probabilidad de maltrato físico. Lo antedicho cobra mayor fuerza si el hijo adulto enfrenta problemas emocionales, psicológicos o abuso de sustancias.

Desde el punto de vista del constructo relación social, los resultados obtenidos por von Heydrich, Schiamberg, y Chee (2012) confirman hallazgos previos en el sentido de que el aislamiento social de los adultos mayores aumenta significativamente la probabilidad de maltrato físico y muestra una fuerte interacción bidireccional entre el aislamiento social del padre adulto y la cualidad de la relación diádica; los que se asocian a la pérdida de amigos y el sentimiento del adulto mayor de encontrarse alienado socialmente de la comunidad. La pérdida de los amigos puede deberse al control activo que realiza el hijo adulto para limitar el acceso a estas relaciones en el adulto mayor, la fragilidad del adulto mayor, la muerte de ellos o a traslados. Es importante destacar que el citado control que ejerce el hijo adulto puede deberse al temor a las consecuencias legales que pueden derivarse de los conflictos y maltratos o a cierta forma de ostracismo social y familiar, el cual contribuye al sentimiento de no pertenencia a una comunidad y a falta de acceso a los recursos humanos y redes sociales por parte del adulto mayor.

Pero los hijos no solo pueden maltratar a sus padres física o psicológicamente, sino que también puede darse el maltrato patrimonial. Difícil cuestión es esta, rodeada de silencios y dificultades para entender lo ocurrido y que generan hondas repercusiones emocionales según el estudio llevado a cabo por Flacso y Senama (2013). Puede darse como despojo y arrebato de los bienes del anciano, como apropiación del hogar, porque la anciana pierde su casa por apoyar a sus hijos y “*queda en la calle*”, porque se reduce su espacio a la pieza de la empleada en el caso del estrato socioeconómico alto, o a una pequeña habitación de la casa en estratos socioeconómicos más bajos, o porque se apropian en vida de la herencia aunque existan leyes que la regulan (Flacso y Senama, 2013). Esta forma de maltrato tiene diversas modalidades según los adultos mayores del segmento medio-alto. La primera, vivida como despojo y arrebato de lo propio, se daría cuando el adulto mayor vive solo/a en una casa que es de su propiedad y el hijo o la hija con su esposa o esposo e hijos se la llevan a vivir con ellos y se apropian del hogar y reducen su espacio a una pequeña habitación de la casa (Flacso y Senama, 2013). El temor a la soledad puede a veces ser manipulado por la familia, a fin de obtener que sus decisiones se ajusten a sus deseos (Flacso y Senama, 2013).

En relación con lo antedicho, es frecuente en Latinoamérica el síndrome identificado por Matusevich y Pérez (2009) como el del abuelo “*ping-pong*”. En general, la situación se desencadena cuando la persona mayor pierde su autovalencia y los hijos comienzan a turnarse para quedarse con ellos. Este arreglo va siendo crecientemente más complicado de mantener y se inicia entonces el peregrinaje del mayor, quien deja su domicilio habitual y comienza a rotar de casa en casa, con la consiguiente pérdida de sus comodidades, intimidad, familiaridad con su entorno, volviéndose en un huésped itinerante.

El otro fenómeno es el de la abuela “*esclava*”, que se presenta en aquellas ancianas que no saben decir que “*no*”, de personalidad servicial, con un alto sentido del deber y responsabilidades exagerados y que quiere ayudar a sus hijos, los que a su vez dependen de ella para satisfacer diversas necesidades. El exceso de responsabilidades tarde o temprano minará las fuerzas físicas de la mujer mayor y por ende, su disposición a realizar las diversas tareas encomendadas mermará, lo que las expone a sufrir el maltrato e incomprensión de quienes sirve. Repri-

mendas, regaños, reprensiones, burlas o expresiones despectivas se presentarán, lo que puede llevar, incluso, a un acto suicida como forma de evitar ser una carga para sus familiares (Matusevich y Pérez, 2009).

En otras ocasiones, el temor a la soledad, manipulado por la familia, puede llevar al anciano a subordinarse y volverse en el “empleado/a” de sus hijos (Flasco y Senama, 2013).

Otra modalidad de maltrato es la ausencia de preocupación prolongada en el tiempo de los hijos o hijas hacia sus progenitores mayores, que es lo que le acontece a Maudie, protagonista de la novela Diario de una buena vecina, de la nobel de literatura, Doris Lessing (2001). En casos como el de Maudie, el maltrato se configura a partir de un acto de despreocupación reiterado en el tiempo y por ende, se hace visible por una serie de acontecimientos y no un evento aislado (Flasco y Senama, 2013). El hecho de que una persona mayor viva sola, no necesariamente ha de considerarse como un fenómeno de maltrato. Puede ser que la persona se encuentre funcionalmente autónoma y que es la forma a través de la cual ejerce control sobre su vida al tiempo que mantiene relaciones cotidianas con parientes y amigos, instala una divergencia respecto a la obligatoriedad y exigibilidad de la preocupación de los hijos e hijas hacia sus padres mayores (Flasco y Senama, 2013). Otros valoran a las personas mayores desde un punto de vista utilitarista, valoración que no considera el deber de los hijos e hijas ante los dones otorgados en el pasado por la familia. Finalmente, el cuidado de los nietos se vio como sujeción al orden familiar y que limita la autonomía de las personas mayores (Flasco y Senama, 2013).

PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES Y DETERIORADOS

En lo que sigue, nos referiremos a un asunto complejo, como es el abuso y/o maltrato de mujeres mayores dependientes o demenciadas y que en parte se encuentra vinculado a la “crisis del cuidado en Chile” como afirma Arriagada (2009). De acuerdo a esta socióloga, tres factores se conjugarían para generar esta crisis:

- a. Envejecimiento demográfico y aumento en la esperanza de vida en personas con enfermedades crónicas y discapacitantes, que aumenta el número de personas que hay que cuidar, junto a la complejidad del cuidado que hay que proporcionarles.
- b. Los cambios en la estructura y forma de vida familiar que limitan la disponibilidad de cuidadores; a lo anterior se suma la incorporación mayoritaria de la mujer al mundo laboral, no obstante, sigue asumiendo la responsabilidad del cuidado; y
- c. Cambios en los sistemas formales y sanitarios que ponen el énfasis en la atención de salud en el hogar.

Contrario a la creencia popular, la mayor parte del abuso a personas mayores dependientes y demenciados no ocurre en las instituciones donde se encuentran, debido a la existencia de leyes y regulaciones que lo evitan. El abuso en ancianos se verifica con más frecuencia en aquellos que son más frágiles y vulnerables y

viven con sus cónyuges o hijos adultos. Al respecto, Mc Creadie (2002 en Adams, 2012) señala la necesidad de considerar la comprensión del riesgo que existe para adultos mayores en sus propios hogares; si bien no hay referencia según género. Entre ellos destaca:

- a. Problemas psicológicos y uso de alcohol de la persona del cuidador.
- b. Persona anciana demenciada que permanece sola en su hogar todo el día.
- c. En el hogar en que vive la persona anciana demente se bebe demasiado alcohol.
- d. Enfado en el cuidador por la carga que significa preocuparse por su pariente adulto mayor.
- e. Persona demente es violenta con quien lo cuida.
- f. Persona anciana que es incapaz de atender adecuadamente las necesidades de la vida diaria de la persona anciana (ejemplo, una hija también adulto mayor al cuidado de su madre aún más anciana, Zegers, 2012).
- g. Persona anciana que vive con hijos adultos con problemas severos de personalidad.

Nelson, Bougatsos y Blazinia (2012), basándose en una revisión sistemática de la evidencia, destacan como factores de riesgos del abuso y negligencia a adultos mayores vulnerables por parte de los perpetradores: ser cuidadores, que además presentan una enfermedad mental, abusan del alcohol, son hostiles, tienen pobre o inadecuada preparación para asumir las responsabilidades de cuidador o han asumido la responsabilidad del cuidado a edad temprana, sus estilos de hacer frente a situaciones complicadas son inadecuados y han sido expuestos a maltratos en la infancia. Los citados autores destacan además, que viven en un entorno social o familiar en el que se espera que cuiden a sus mayores sin buscar ayuda de terceros, o cuando se alienta a las personas cuidadoras a tolerar el sufrimiento, o a permanecer silentes a pesar de los dolores que puedan sufrir. De hecho, en una encuesta realizada en 2009 (Cooper, Selwood, Blanchard, et al, 2009 en Nelson, Bougatsos, & Blazinia, 2013), 52% de familias cuidadoras de individuos con demencia reportaron conductas abusivas hacia ellos.

Cuando se cuida a un familiar con demencia cabe preguntarse quién es el que sufre. Es esta la pregunta que se plantea Wood (2007) y señala que en los comienzos de la enfermedad puede ser que tanto la persona con demencia como el familiar que lo cuide experimenten altos niveles de estrés. Sin embargo, para quien lo cuida, a medida que la enfermedad progresa, la situación se hace más difícil, porque no sólo se tiene que enfrentar a las demandas de la enfermedad sino que además al duelo por la pérdida de la relación anterior y adaptarse al surgimiento de un nuevo tipo de relación, más cercano al vínculo maternal. Sobre algo de este cambio el lector podrá leer en el libro *Elegía a Iris*, de John Bayley (1999), quien relata de magistral modo lo que para él fue cuidar a su querida Iris.

En relación a la salud de las víctimas adultos mayores, los hallazgos apoyan investigaciones previas que documentan una significativa asociación entre las víctimas y síntomas de diversos desórdenes neurológicos los que pueden gradualmente llevar a conductas y cambios de personalidad, declinación de capacidades cognitivas, como habilidades de lenguaje o toma de decisiones y conducta agresiva en el adulto mayor, manifestaciones todas que se encuentran frecuentemen-

te asociadas al estrés del cuidador y maltrato físico hacia el adulto mayor (von Heydrich, Schiamberg, & Chee, 2012). Análogamente, otras condiciones crónicas de salud (i.e. diabetes, artritis) se han asociado al estrés del cuidador. Las enfermedades crónicas se relacionan también a estados emocionales (i.e., depresión, rabia, ansiedad), las que a su vez pueden incrementar la probabilidad de confrontación con los ancianos (von Heydrich, Schiamberg, & Chee, 2012).

El estudio Flacso y Senama (2013) constata que los participantes del segmento medio-alto están de acuerdo en que las personas mayores de 80 años y que requieren de cuidado, experimentan maltrato psicológico especialmente de parte de las cuidadoras contratadas (a menudo que no cuentan con la preparación y especialización necesaria) y que no son familiares. En estos casos se trata de un asunto que es oculto a la familia y que al ser “descubierto” es posible comparar la diferencia entre el comportamiento de las mujeres cuidadoras frente a la familia y sin su presencia. Sin embargo, esta información no es concordante con la evidencia encontrada en otros países.

REFLEXIONES FINALES

Las tareas orientadas a proteger, promover y defender los derechos humanos de los adultos mayores implica entre otras muchas, prevenir la ocurrencia del maltrato. Es necesario destacar y recalcar que el ser humano desde su concepción hasta su muerte es persona, y en tanto tal, merece ser tratada de modo digno y por ende, proteger a este grupo etario es un imperativo ético de máxima importancia.

De lo antedicho se desprende la necesidad de educar a toda la población acerca del envejecimiento, sus méritos y dignidad, recalcando que una sociedad que no trata a sus ancianos como personas, independiente de que se encuentre sano o enfermo, carece de memoria, tradiciones y es fácil que caiga en la barbarie. Fortalecer el diálogo y la responsabilidad entre las generaciones al interior de la familia, sin duda es una necesidad.

Pero además se requiere continuar estudiando el envejecimiento femenino, las barreras que las propias víctimas oponen a la visibilización del maltrato, realizar estudios en los que los datos y las muestras estén estratificadas y diferenciadas por sexo, que sus instrumentos se encuentren apropiadamente validados y adaptados a la realidad a la que se aplican y, en lo posible que sean investigaciones longitudinales.

Los tamizajes de rutinas entre individuos asintomáticos, sean vulnerables o no, pueden ayudar a identificar, prevenir la ocurrencia de abusos futuros y reducir la morbilidad y mortalidad. Lo antedicho requiere desarrollar protocolos que sean aplicados por médicos que trabajan en servicios de urgencia, médicos familiares, gerontólogos, obstetras, enfermeras, psicólogos, asistentes sociales, todos debidamente capacitados para realizar esta tarea.

Educar a los hombres en la tarea del cuidado a fin de que se modifiquen las actitudes hacia la diferenciación tradicional de roles genéricos. La sociedad tiene

que sensibilizarse frente al hecho que las demandas de cuidado se incrementarán en los próximos años y por ende, no es posible que ellos continúen siendo de exclusiva responsabilidad de las mujeres, más aún cuando la mujer contemporánea forma parte activa del contingente laboral.

Estimular a los adultos mayores autovalentes para que se organicen y se apoyen entre ellos, fortaleciendo las organizaciones sociales a nivel comunal para que proporcionen el acogimiento a los adultos mayores en caso de que ocurran maltratos, puede contribuir a visibilizar estos casos y junto con ello, a implementar medidas remediales. El apoyo social y los grupos de autoayuda pueden auxiliar a las víctimas a identificar lo que ocurre, reconocer que no tienen por qué tolerar el maltrato, encontrar las formas de detenerlo o alejarse en caso de que no quede otra alternativa.

Desarrollar sistemas de asesorías para ayudar a las familias a lidiar tanto con los problemas personales o comportamentales de sus miembros, y a enfrentar el estrés de cuidar a un anciano vulnerable, es otra necesidad. Los grupos de apoyo para los miembros de la familia en estas situaciones, proporcionan un espacio para discutir los problemas, compartir soluciones y aliviar la tensión transformándose en factores protectores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- » Adams, Y. (2012). Maltrato en el adulto mayor institucionalizado. Realidad e invisibilidad. *Revista Médica, Clínica Las Condes*, 23(1), 84-90.
- » Arai, M. (2006). Elder abuse in Japan. *Educational Gerontology*, 32, 13-23. doi: 10.1080/03601270500338567
- » Arriagada, I. (2009). La crisis del cuidado en Chile. Proyecto Construyendo redes: Mujeres latinoamericanas en las cadenas globales de cuidado. Centro de Estudios de la Mujer (CEM-Chile) e INSTRAW. Recuperado de http://www.cem.cl/proyectos/documentos/Arriagada_crisis.pdf
- » Arregui, J. V., & Choza, J. (1992). *Filosofía del hombre: una antropología de la intimidad*. Madrid: Ediciones Rialp, S. A., 3era edición.
- » Basile, K. C., & Saltzman, L. E. (2002). *Sexual violence surveillance: Uniform definitions and recommended data elements*. Atlanta, Georgia: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.
- » Bayley, J. (1999). *Elegía a Iris*. Madrid: Alianza Editorial, S. A.
- » Caballero, M. (2012). *Abuso, violencia y maltrato en las personas mayores: Reporte estadístico de situaciones presentadas en el Senama desde el año 2009 a la fecha*. Santiago, Chile: Programa contra la violencia y el abuso al adulto mayor, Senama.

- » Carabineros de Chile. (2012). Cuadro estadístico de frecuencia absoluta de víctimas de violencia intrafamiliar hacia adultos mayores, desglosado por sexo y regiones a nivel nacional, año 2012. Dirección Nacional de Orden y Seguridad. Dirección de Protección de la Familia. Información proporcionada por Senama, 2013.
- » Choza, J. (1994). Humanismo en la ancianidad. En *Los otros humanismos* (pp. 183-202). Navarra: Eunsa.
- » Dörr, O. (1996). La conducta agresiva en el hombre. En *Espacio y tiempo vividos. Estudios de antropología psiquiátrica* (pp. 37-53). Santiago, Chile: Editorial Universitaria.
- » Dostoievski, F. (1866/2008). *Crimen y castigo*. México: Porrúa.
- » Guajardo, G., Lagos, R., Soto, P., & Sir, H. (2013). Estudio sobre el fenómeno del maltrato hacia las personas mayores en la Región Metropolitana. Santiago: Flacso y Servicio Nacional del Adulto Mayor -Senama- del Gobierno de Chile.
- » Jackson, D. (2003). Broadening constructions of family violence: mothers' perspectives of aggression from their children. *Child and Family Social Work*, 8, 321-329.
- » Lessing, D. (2001). *Diario de una buena vecina*. Madrid: Ediciones, B, S. A.
- » Matusevich, D. & Pérez, S. (2009). *Suicidio en la vejez*. Buenos Aires: Editorial Polemos.
- » Nelson, H. D., Bougatsos, C., & Blazina, I. (2012). Screening women for intimate partner violence and elderly and vulnerable adults for abuse: Systematic Review to update the 2004 U. S. Preventive Services Task Force Recommendation. Evidence Synthesis N°92. AHRQ Publication N°12-05167-EF-1. Rockville, MD: Agency for Healthcare Reserch and Quality.
- » Papalia, D. E., Sterns, H. L., Feldman R. D. & Camp, C. J. (2009). *Desarrollo del adulto y vejez*. México., D. F: McGraw Hill, 3era. edición.
- » Rabi, K. (2006). Israeli perspectives on elder abuse. *Educational Gerontology*, 32, 49-62. doi: 10.180/03601270500338617
- » Rosen, T., Lachs, M. S., & Pillemer, K. (2010). Sexual aggression between residents in nursing homes: Literature synthesis of an underrecognized problem. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(10), 1070-1079.
- » Seff, L. R., Beaulaurier, R. L., & Newman, F. L. (2008). Nonphysical abuse: Findings in domestic violence against older women study. *Journal of Emotional Abuse*, 8(3), 355-374. doi:10.1080/10926790802278933.
- » Senama. (2004). *Mitos sobre la Vejez: Manual para Talleres*. Santiago, Chile.

- » Senama. (2012). Resumen Estadístico Nacional sobre Consultas y Casos de Maltrato hacia las Personas Mayores. Sistema de Gestión de Datos (SGD).
- » Senama. (2012). Estudio de prevalencia del maltrato en la región de Valparaíso. Santiago, 2012. Documento inédito.
- » Stuvén, A. M., Cabello, T., Crisóstomo, B. & Lozier, M. (2013). La mujer de ayer y hoy: un recorrido de incorporación social y política. Centro de Políticas Públicas UC, 8(61), 1-20.
- » Urquiza, A., Thumala, D., Arnold-Cathalifaud, M., Ojeda, A. & Vogel, N. (2008). Sexualidad en la tercera edad. La imagen de los jóvenes universitarios. Recuperado de <http://www.pucsp.br/ponto-e-virgula/n4/dossie/pdf/ART15Anahi-DanielaMarcelo.pdf>
- » Valenzuela, E., Herrera, S., Fernández, B. & Prado, P. (2011). Chile y sus mayores. Resultados Segunda Encuesta Nacional Calidad de Vida (2010). Santiago, Chile; Programa Adulto Mayor UC, Centro de Geriatría y Gerontología UC; Servicio Nacional del Adulto Mayor (Senama), Caja Los Andes.
- » Vásquez-Bronfman, A. (2006). Amor y sexualidad en las personas mayores. Transgresiones y secretos. Barcelona: Editorial Gedisa, S. A.
- » Wood, H. (2007). Caring for a relative with dementia -who is the sufferer? En R. Davenhill (Ed.), Looking into later life. A psychoanalytic approach to depression and dementia in old age (pp. 269-282). London: Karnac Book.
- » Von Heydrich, L., Schiamburg, L. B. & Chee, G. (2012). Social-relational risk factors for predicting elder physical abuse: An ecological bi-focal model. International Journal of Aging & Human Development, 75(1), 71-94. doi:<http://dx.doi.org/10.2190/AG.75.1.f>
- » Zegers, B. (2012). Hijos adultos mayores al cuidado de sus padres, un fenómeno reciente. Revista Médica, Clínica las Condes, 23(1), 77-83.
- » Zegers, B., Contardo, M. A., Ferrada, L. M., Rencoret, S. & Salah, E. (2003). Descubrir la sexualidad. Santiago, Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.

CUIDADORES Y MALTRATO EN LA PERSONA MAYOR: ESTRATEGIAS PARA SU ABORDAJE

Constanza Briceño Ribot
Gonzalo Navarrete Hernández
Víctor Hugo Carrasco Meza

RESUMEN

Es sabido que Chile es un país que se encuentra envejecido. La esperanza de vida ha ido progresivamente aumentando, durante los últimos 50 años, alrededor de 4,2 años por década (Senama, 2011). Según datos de la encuesta Casen, en 2011 las personas mayores de 60 años representaban el 15,6% de la población total (Ministerio de Desarrollo Social, 2011), estimándose que para el año 2050 este grupo etario representará aproximadamente el 30% de la población nacional (Senama, 2011).

Si bien, el envejecimiento de nuestra población responde a mejores condiciones sanitarias y sociales, involucra también la aparición de nuevos desafíos, entre ellos, garantizar la seguridad y bienestar de las personas mayores, considerando la heterogeneidad de este grupo etario.

Esta heterogeneidad depende de múltiples factores (sociales, ambientales, políticos y sanitarios), que influyen directamente en las condiciones en las que envejecemos y determinan las características de los cuidados requeridos en esta etapa. Es así, que en un extremo de este grupo encontramos adultos mayores independientes, que se desempeñan de manera autovalente en sus actividades de la vida diaria, incluso en aquellas actividades avanzadas, plenamente integrados en su comunidad, con una alta participación social. En este grupo se incluye a las personas mayores que continúan desarrollando labores productivas, constituyendo un soporte económico para sus familias. Por otro lado, en el extremo opuesto, encontramos personas mayores dependientes de terceros, ya sea cuidadores formales o informales, que requieren supervisión y cuidados permanentes, y que han perdido independencia para la ejecución de sus actividades básicas de sobrevivencia y autonomía para la toma de decisiones sobre aspectos de su propia vida. Es este último grupo el que presenta una mayor vulnerabilidad y representa una situación social que, a su vez, genera nuevas problemáticas.

DEPENDENCIA EN LA PERSONA MAYOR

La Encuesta Nacional de Salud indica que 6,9% de nuestra población presenta alguna discapacidad, definiendo ésta como la dificultad para desempeñar tareas del trabajo y del hogar, la cual aumenta a menor escolaridad (Ministerio de Salud, Minsal, 2010). Centrándonos en los adultos mayores, según la Encuesta de Calidad de Vida en la Vejez, alrededor del 5,3% de las personas entre 60 y 74 años presenta deterioro funcional en el desempeño de actividades sociales y ocupacionales, que aumenta en las personas mayores de 75 años, alcanzando 22,2% (Pontificia Universidad Católica, 2010). Por otro lado, el Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores, Enadeam, señala que 13,8% de las personas mayores de 60 años presenta limitación en al menos 1 actividad básica de la vida diaria (Senama, 2009). Estas actividades son consideradas esenciales para determinar la capacidad funcional de esta población, concepto estrechamente ligado a dependencia y discapacidad, recordando que la funcionalidad es el principal indicador de salud en los adultos mayores (Minsal, 2011).

Ahora bien, ¿por qué es importante hablar de dependencia en la persona mayor? El requerimiento de cuidados es creciente en las personas mayores dependientes, siendo éste otorgado en primera instancia por el entorno más cercano de la persona, es decir, familiares o individuos que componen la red social del adulto mayor. Si bien existe un grupo que tiene acceso a cuidadores formales, la mayoría cuenta con escasa o nula capacitación sobre las características y necesidades específicas de cuidados en este grupo etario.

De la relación entre cuidador y persona receptora de cuidados surgen una serie de inconvenientes que representan un creciente desafío a nivel socio-sanitario. Este desafío se refleja en la manera en que se ve afectada la percepción de bienestar y calidad de vida de las personas a cargo del cuidado de un adulto mayor dependiente.

De acuerdo a resultados de la Enadeam (2009), la mayor proporción de cuidadores corresponde a hijos(as) (36,1%), seguido de cónyuges (27,9%) y de yernos/nueras (13%), siendo mayoritariamente mujeres en todos los casos (85,6%). En términos de la remuneración recibida por la labor de cuidado, 8,1% de este grupo refiere recibirla (tal remuneración corresponde a la medida estatal 6B, estipendio entregado a cuidadores de pacientes postrados severos y/o con pérdida de autonomía facilitados a través de las distintas Municipalidades). En relación al apoyo desde la comunidad, solo el 3,8% de los cuidadores refiere recibirlo, mientras que 43,2% declara recibir ayuda referida a tiempo de cuidado, 19,4% ayuda en especies y 11,6%, ayuda económica (Senama, 2009).

Como fue mencionado en el párrafo anterior, el cuidado de las personas mayores dependientes recae principalmente en la familia. Considerando que a partir de los 78 años aumenta notablemente la posibilidad de que las personas mayores presenten múltiples enfermedades crónicas, la principal manera de asegurar que puedan mantenerse en sus hogares es a través de un familiar o persona cercana que se constituya como su cuidador. Si bien este grupo de cuidadores ha existido hace varias décadas y ha sostenido el envejecimiento de nuestra población por

largo tiempo, bajo la consideración que el cuidar es un acto inherente a las personas, sus necesidades no fueron cubiertas. Por esto, han sido y continúan siendo asumidos como trabajadores informales de salud (Evans, 2013).

El cuidado de otra persona es una actividad compleja, permanente y exigente, que muchas veces puede traer consecuencias negativas, tanto a quien entrega los cuidados, como a quien los recibe. Dentro de éstas, la consecuencia mayormente conocida y estudiada corresponde a la sobrecarga o estrés del cuidador. Variados factores influyen en su aparición; no obstante, es importante reconocer que la labor de cuidado implica una readaptación de la rutina personal y familiar (Fernández, 2010), que busca favorecer la continuidad de la dinámica dentro de la familia, a pesar de las dificultades propias de la persona con dependencia, las características del cuidado y los factores personales de los cuidadores. Proveer cuidados a personas mayores frágiles y/o dependientes genera múltiples efectos sobre los cuidadores, dentro de los cuales se reconoce la depresión, los problemas de salud, el aislamiento social, las dificultades económicas e incluso un aumento de la mortalidad (Gitlin et al, 2006).

MALTRATO EN LA PERSONA MAYOR: EL RIESGO DE LOS CUIDADORES

Es así que el cuidado de personas mayores dependientes trae consigo consecuencias que pueden afectar no solo la calidad de vida de los cuidadores, sino que también la integridad física, psicológica y afectiva de las personas que reciben los cuidados. Una de las grandes problemáticas relacionadas al cuidado, y específicamente a la sobrecarga o estrés del cuidador, es el abuso o maltrato hacia las personas mayores. Si bien éste es definido en el año 2002 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una **“acción única o repetida, o la falta de respuesta apropiada, que causa daño o angustia a una persona mayor y que ocurre en cualquier relación donde exista una expectativa de confianza”** (Choo et al, 2013), en nuestro país, Senama ha definido el maltrato como **“acción u omisión que produce daño a una persona mayor y que vulnera el respeto a su dignidad y al ejercicio de sus derechos como persona”** (Senama, 2012).

El maltrato puede ser de distintos tipos:

- a. Físico, es decir, se utiliza la fuerza física para dañar la integridad corporal de la persona mayor provocándole dolor, lesión, discapacidad temporal o permanente, e incluso la muerte.
- b. Psicológico, referido a toda acción que produce angustia, tristeza, estrés, inseguridad, baja autoestima y que atenta contra la identidad, dignidad y autonomía de la persona.
- c. Sexual, o bien, cualquier acción de connotación sexual sin el consentimiento de la persona mayor, utilizando fuerza física, amenazas o engaño.
- d. Patrimonial, es decir, mala utilización, explotación o apropiación de los bienes de la persona mayor, sin su consentimiento o con consentimiento viciado, fraude, estafa, engaño o robo.
- e. Negligencia, que corresponde al incumplimiento por deserción o fracaso de las funciones de cuidado, la cual puede ser activa, pasiva e incluso autonegligencia.

- f. Abandono, el cual es producido cuando una persona o institución no asume el cuidado de una persona mayor dependiente, o bien, habiendo asumido su cuidado, la desampara voluntariamente; y
- g. Estructural o societario, correspondiente a aquel que ocurre desde y en las estructuras de la sociedad a través de falta de políticas sociales y de salud, o bien, normas legales, sociales, culturales y económicas que soportan otras formas de maltrato (Senama, 2012).

Es importante mencionar que en aquellas personas más dependientes de sus cuidadores, la probabilidad de maltrato es mayor. Dentro de este grupo se encuentran personas mayores con demencia, discapacidad y problemas crónicos de salud (Choo et al., 2013). De igual manera, como fue señalado por Zarit y colaboradores en la década del '80, las situaciones prolongadas de cuidado amenazan la salud física y mental de la persona que asume el cuidado, lo cual apresura la aparición de carga o estrés (Martínez et al., 2001).

Se han desarrollado varias teorías que intentan explicar las causas del maltrato. Senama, en su Guía para la Prevención del Maltrato a las Personas Mayores, identifica las siguientes (Senama, 2012):

- a. **Estrés del cuidador:** producido por las diversas consecuencias que surgen del cuidado, provocando sobrecarga, síntomas de depresión y ansiedad, y reducción del bienestar subjetivo. Éste afecta el bienestar físico, psicológico, social, espiritual y económico de los cuidadores, encontrándose determinado por estresores tanto primarios como secundarios. Los primeros tienen relación con la naturaleza e intensidad de la experiencia de cuidado, incluyendo la gravedad de la condición médica de la persona cuidada, alteraciones conductuales y trastornos cognitivos, además de la duración (meses y años) e intensidad del cuidado otorgado (en términos de horas diarias y número de tareas desempeñadas relacionadas a la ocupación de cuidar). Los estresores secundarios son aquellos que contribuyen a la carga, siendo consecuencia directa de ésta. Dentro de estos se incluye la interferencia con el trabajo, problemas económicos y conflictos familiares relacionados a la división de los cuidados. Asimismo, se ven disminuidas las oportunidades de participación en actividades recreativas o placenteras, deportivas o relacionadas a la promoción de la salud, y sociales. De igual manera, influyen, por un lado, la apreciación subjetiva del cuidador sobre su propio desempeño, para la cual se considera la percepción del control de situaciones y de los conflictos relacionados al rol, y la búsqueda del significado que posee el cuidado, así como también aquellos factores que actúan exacerbando o mitigando los estresores mencionados anteriormente, como son la falta de información específica, la propia competencia, los recursos personales de afrontamiento, el apoyo social, emocional y financiero, la salud física, la disponibilidad de asistencia informal, la calidad de las relaciones y experiencias positivas de cuidado (Sörensen et al, 2006). Es así que en personas con alteraciones cognitivas, que presentan síntomas conductuales y psicológicos, dependientes en ABVD y AIVD¹, la carga del cuidador aumenta a medida que se incrementa la complejidad de la interacción cotidiana (Nip et al, 2010). Johannesen (2013) sostiene que la inexperiencia del cuidador en su labor de asistir y la percepción de falta de apoyo social también son desencadenantes de mal-

- trato en la persona mayor.
- b. **Dependencia o discapacidad de la persona mayor:** el deterioro de la capacidad funcional, ya sea por factores físicos o cognitivos, aumenta la necesidad de cuidado, incrementando la carga del cuidador, quien debe apoyar en la planificación, iniciación, rendimiento y ejecución de las diversas tareas cotidianas (Nip et al., 2010).
 - c. **Aislamiento social:** el estrés producido por la falta de contacto y participación social, aumenta la posibilidad de maltrato. En este punto es fundamental mencionar la baja percepción de apoyo social referido por los cuidadores de personas mayores dependientes (Senama, 2009), apoyo reflejado en programas sociales y comunitarios formales de cuidado del cuidador y apoyo entregado por el entorno cercano.
 - d. **Aprendizaje social:** teoría que sostiene que la violencia es un comportamiento aprendido que se perpetúa a través de las distintas generaciones.
 - e. **Desventaja social:** referida al aislamiento de las personas mayores que se refleja en desigualdades sociales que limitan su participación, sus roles y recursos (Senama, 2012).

A nivel internacional se sugiere que alrededor de 2,7% de las personas mayores reporta maltrato físico, 19,4% maltrato psicológico, 0,7% abuso sexual, y 3,8% abuso patrimonial, siendo relevante resaltar que las tasas de reporte de maltrato son menores que la real prevalencia por la falta de denuncias de estos actos (Choo et al., 2013). Sin embargo, durante los últimos años, Senama ha desarrollado estudios orientados a conocer el fenómeno del maltrato hacia las personas mayores en nuestro país. Durante el año 2012, se realizó el Estudio de prevalencia del maltrato en las personas mayores, en la región de Valparaíso, (Senama, 2013) a partir del cual se establece que el maltrato psicológico es el que presenta mayor prevalencia entre las personas mayores con 35% de los encuestados. Incluso, en personas mayores dependientes, esta cifra alcanza 52,7%, seguido de negligencia (9,2%), abuso patrimonial (8,3%), maltrato físico (5,6%) y abuso sexual (5%) Este estudio identifica además que las personas mayores dependientes sufren mayor maltrato en comparación con el total de la población de este grupo, excepto maltrato físico y abuso sexual, que presentan cifras mayores en la población general de adultos mayores.

Este estudio identifica también, factores de riesgo para el maltrato, como el sexo (maltrato matrimonial es más alto en hombres, mientras que abuso sexual, en mujeres), edad (factor con diferencias significativas según maltrato estructural, patrimonial, físico, psicológico, abuso sexual y negligencia), enfermedades y discapacidad (también diferencias significativas según maltrato estructural, patrimonial y abuso sexual) (Senama, 2013). Otro de los aportes de este estudio es que en los distintos tipos de maltrato, generalmente es un familiar quien lo ejerce, asociado a la presencia de sobrecarga del cuidador.

Durante 2012 y 2013, Senama junto a Flacso Chile desarrollaron un Estudio del fenómeno del maltrato hacia las personas mayores en la Región Metropolitana, cuyo objetivo era profundizar en las dinámicas en torno al maltrato, sus escenarios y contextos. De esta manera, establecieron una clasificación del maltrato en: maltrato hacia los vínculos y afectos de las personas mayores (maltrato

psicológico, abuso económico, negligencia y abandono), maltrato referido como violencia que compromete la corporalidad de la persona (maltrato físico y abuso sexual) y maltrato social o estructural. Este estudio destaca que el maltrato es concebido como un fenómeno oculto entre la víctima y el victimario, que si bien se mantiene en secreto y no se reporta, emerge y se reconoce en el discurso de las personas mayores (Senama, 2013).

Sin embargo, a pesar de haber comenzado el camino hacia el desarrollo conceptual del maltrato en nuestro país, aún es necesario investigar sobre este tema y resolver otros dilemas que surgen a partir del mismo.

Uno de estos tiene relación con la escasa existencia de programas o soluciones que den respuestas completamente efectivas a las demandas de los cuidadores y que logren prevenir los principales factores de riesgo del maltrato: la sobrecarga del cuidador y el escaso apoyo social y comunitario percibido por el mismo. De igual forma, el maltrato trae consigo importantes costos, incluyendo costos directos a nivel social, legal, político, de salud y otros servicios (Choo et al., 2013), que agravan esta problemática.

INTERVENCIONES ORIENTADAS A DISMINUIR LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR

A partir de una revisión de la literatura disponible, es posible reconocer estrategias orientadas a disminuir el estrés del cuidador y aumentar el apoyo recibido. Éstas han sido implementadas principalmente en cuidadores de personas con demencia; no obstante, Sörensen et al. (2006) las distinguen de la siguiente manera:

- a. Asesoramiento o acompañamiento, estrategia que incluye la entrega de información y sugerencias prácticas para el cuidado, incorporando consejería familiar y derivación a organizaciones que puedan facilitar otras formas de apoyo. Ésta entrega información necesaria, mas no interviene en los mecanismos de afrontamiento de los cuidadores.
- b. Intervenciones psicoterapéuticas (individuales o grupales) que incorporan principalmente técnicas cognitivo-conductuales (90%) y que buscan favorecer la identificación por parte del cuidador de sus propias creencias y conductas que interfieren en el cuidado, modificándolas y desarrollando nuevas conductas que resistan las demandas y emociones del cuidar.
- c. Psicoeducación, estrategia que entrega información concreta sobre patologías, evolución, pronósticos, manejo del estrés y técnicas para enfrentar alteraciones conductuales, entre otras.
- d. Grupos de apoyo, los cuales generan instancias y oportunidades para compartir sentimientos e inquietudes personales, promoviendo la validación y superando la sensación de aislamiento.
- e. Programas de respiro al cuidador, siendo aquellos que ofrecen un alivio temporal a los cuidadores a través de centros de día, servicios domiciliarios o estancias temporales en residencias (para situaciones de emergencia por ejemplo).
- f. Programas multicomponentes, que son todos aquellos que combinan diferentes intervenciones como educación, apoyo y respiro del cuidador. (Fernández, 2010).

Sörensen et al. propone otras estrategias como yoga, revisión de vida, grupos de apoyo telefónico (Kwot et al., 2013) e incorporación de nuevas tecnologías como teleasistencia, teniendo estas últimas menor efectividad en su implementación.

En términos de la efectividad de estas intervenciones, existe evidencia de los beneficios de las intervenciones psicoeducativas en el aumento del conocimiento de los cuidadores, reduciendo la carga y síntomas depresivos, y mejorando el bienestar subjetivo y satisfacción. No obstante, los resultados de esta intervención tendrían más beneficios al incorporar otras estrategias educativas como tareas y actividades de role-playing, en las que los cuidadores tengan la oportunidad de aplicar las habilidades aprendidas. Otras intervenciones con menores efectos demostrados corresponderían a la psicoterapia, grupos de apoyo, asesoramientos, cuidados de respiro y entrenamiento cognitivo de dominios específicos de la persona mayor dependiente. De esta forma, Sörensen et al. ejemplifica lo anterior reconociendo que si bien la psicoterapia disminuiría la sensación de carga, depresión y ansiedad, no mejora necesariamente los conocimientos del cuidador sobre la patología, o bien, que el asesoramiento presenta moderados efectos en la disminución de la sobrecarga, más no actúa sobre la depresión. Por esta razón, se plantea que la mayor efectividad se logrará centrándose en los componentes o elementos a considerar dentro de la intervención, por sobre el tipo específico de estrategia utilizada.

Aún así, es posible distinguir 4 criterios que sugieren la significancia de las intervenciones: aceptabilidad por parte de quienes son intervenidos (valor social), efecto sobre los síntomas –especialmente en la reducción de la depresión y en menor grado la ansiedad–, mejora de la calidad de vida reflejado en un aumento de la eficacia personal, bienestar subjetivo y reducción del estrés percibido, y el significado social, el cual generalmente se encuentra asociado al retraso de la institucionalización en estos casos (Sörensen et al., 2006).

En relación a este último punto, en general las estrategias de apoyo a los cuidadores familiares surgen como una alternativa a la institucionalización, utilizando y aprovechando la existencia de recursos sociales y comunitarios disponibles. De esta manera, el principal objetivo de éstas tiene relación con el empoderamiento de los familiares para la toma de decisiones, respondiendo a las necesidades reales de la unidad familiar, y siendo flexibles a modo de acomodarse a variadas situaciones sociales, económicas y culturales donde se desarrollan los cuidados (Martínez et al., 2001).

Formación de los cuidadores y respiro del cuidador

En el documento Las Personas Mayores en Chile, situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez, publicado por Senama en 2009, se profundiza en algunas de las estrategias mencionadas anteriormente. Por un lado, se plantea el tema de la formación de los cuidadores enfatizando en la importancia de brindarles capacitación, incrementando las competencias necesarias para otorgar un cuidado de calidad. Es así que se propone un escenario ideal, en el cual se elabora un diagnóstico de servicios y cuidados requeridos por las personas mayores en contraposición con aquellos existentes, para posteriormente determinar los perfiles profesionales y las competencias laborales para la prestación de los servicios

identificados, finalizando con el diseño de un plan de capacitación a los cuidadores. Por otro lado, se esboza el concepto de respiro del cuidador, el cual es atribuido a la sustitución del familiar que cuida por un cuidador externo que brindará cuidados personales y acompañamiento requeridos por la persona dependiente, favoreciendo el descanso y alivio del cuidador. Las cualidades de esta estrategia se plantean en dos ejes; por una parte, se evita la sobrecarga del cuidador, y por otra, se contribuye a que la persona mayor dependiente se mantenga el mayor tiempo posible en buenas condiciones en su propio entorno, evitando la institucionalización, es decir, se interviene tanto al cuidador como a la persona mayor en situación de dependencia. En el primer caso, las actividades propuestas tienen relación con el acompañamiento, asistencia en ABVD (Actividades Básicas de la Vida Diaria) y AIVD (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria), rehabilitación motora y prevención de riesgos en el hogar de las personas mayores dependientes, mientras que con los cuidadores, la intervención se centra fundamentalmente en la capacitación, vinculación con redes de apoyo, acompañamiento y apoyo emocional (Senama, 2009).

A nivel nacional existen experiencias desarrolladas en conjunto por Senama y el Servicio de Salud Metropolitano Norte (específicamente en las comunas de Conchalí, Recoleta e Independencia) centradas en el apoyo y capacitación a cuidadores de personas mayores beneficiarias de los programas de personas postradas severas, también llamadas Asistentes Comunitarias de Salud, siendo generalmente mujeres dueñas de casa, sin trabajo remunerado, con hijos y a cargo del hogar (Senama, 2009). Existen iniciativas desarrolladas en otras comunas, que si bien no se encuentran documentadas, su experiencia y trayectoria avalan la labor desarrollada. Este es el caso del Programa de Capacitación de Adultos Mayores perteneciente a la Fundación Cerro Navia Joven, llevado a cabo en la misma comuna. Este programa también se encuentra orientado a brindarle un respiro al cuidador. La diferencia de este proyecto, es que los cuidadores capacitados son exclusivamente personas mayores de la misma comuna, quienes son acompañados por un equipo de profesionales que asisten al domicilio de las personas mayores en situación de dependencia, otorgándole apoyo y respiro a su cuidador (Fundación Cerro Navia Joven, 2013), beneficiando además a un grupo creciente constituido por personas mayores autoválentes que enfrentan un quiebre en su rutina, generalmente asociado a la jubilación, a través de la resignificación de sus ocupaciones.

De igual manera, en el marco de la Política Integral de Envejecimiento Positivo, promulgada en 2012, se inició durante el primer semestre de 2013, el programa piloto de formación de cuidadores domiciliarios de personas mayores, propuesto para ser desarrollado en las comunas de Padre Las Casas, Estación Central, La Florida, Cerro Navia, Puente Alto, Lampa, La Pintana y Curacaví. Este programa está orientado a la capacitación de personas de 60 años y más, que residen en las comunas donde se implemente el programa, con el objetivo de brindar apoyo a personas mayores con dependencia moderada o severa certificada por su Servicio de Salud, que cuente con un cuidador principal, ya sea familiar, vecino o amigo, que preste cuidados regular y permanentemente, acreditado por un informe del asistente social de la comuna. Asimismo, debe pertenecer a los tres primeros quintiles de vulnerabilidad según la Ficha de Protección Social e informe social otorgado por asistente social de la comuna (Senama, 2013).

En revisiones internacionales, se diferencian varios tipos de respiros del cuidador. Se destacan en primer lugar los servicios de respiro domiciliarios, es decir, aquellos en los que un voluntario o profesional acude al hogar para proveer de atenciones a la persona dependiente, liberando temporalmente al cuidador. Es un sistema flexible de cuidados, ya que puede variar desde un par de horas a la semana, a todo un día, incluso durante la noche. En nuestra realidad, esta estrategia se aproxima al programa de cuidadores domiciliarios de personas mayores de Senama y al programa de personas postradas severas y/o con pérdida de autonomía de atención primaria. Estudios internacionales que han profundizado en la percepción de los cuidadores que reciben respiro domiciliario, destacan esta iniciativa como una oportunidad para abstraerse del rol de cuidador, reconociéndolo como un servicio que les permite desempeñar sus actividades cotidianas, específicamente labores domésticas por sobre actividades placenteras o recreativas, ya que un importante número de cuidadores prefería quedarse en el hogar a pesar de la presencia del cuidador externo, aprovechando su compañía (Greenwood et al., 2012). En segundo lugar, se encuentran los servicios de respiro en instituciones, definidos como la admisión temporal (desde días hasta semanas) a una institución, con una fecha preestablecida de retorno a su hogar de origen. El objetivo de estos está centrado fundamentalmente en el alivio temporal del familiar cuidador. En tercer lugar se encuentra una variación del programa anterior; en este caso, en vez de admitir a la persona mayor dependiente en una institución, es trasladada temporalmente al hogar de otra familia que se encuentre preparada y en condiciones de recibir a esa persona. En cuarto lugar se encuentran las Unidades o Centros de Día, dispositivos que durante el día organizan diversas actividades para las personas mayores, otorgando un descanso al cuidador y permitiéndole mantener otras responsabilidades (sociales y laborales, por ejemplo) (Martínez et al., 2001). En una revisión de Evans (2012) se profundiza en los elementos que caracterizan a los servicios de respiro del cuidador. A nivel del proveedor de servicios de cuidados se destaca el propósito, en términos de lo que se espera lograr, los objetivos (otorgar descanso temporal, disminuir el aislamiento o asistir al cuidador en su rol, por ejemplo); locación, en términos de los distintos entornos donde suceden estos cuidados, ya sea domiciliarios, contexto comunitario o instituciones; duración (horas, días o estadías a largo plazo); programación de los cuidados (durante el día, noche o fin de semana, o bien, los patrones de uso -intervenciones planeadas o resolución de crisis-); proveedor (tanto organizadores como el equipo que entrega los cuidados); flexibilidad en cuanto a aquella que podrían tener los participantes en términos del acceso a los servicios -tipo de cuidados y duración por ejemplo-; clientes (cuidadores, receptores de cuidados o algún grupo específico de la comunidad); costos para quienes accedan a estos servicios; participación de los usuarios en relación a la toma de decisiones y planificación de los cuidados; y actividades ofrecidas en los servicios, tanto para las personas mayores dependientes como para los cuidadores.

A nivel de los cuidadores familiares se destacan los siguientes beneficios obtenidos a partir de los cuidados de respiro: libertad, alivio, estimulación, oportunidad de centrarse en necesidades personales y socialización. Por otro lado, a nivel de las personas mayores que reciben los cuidados, se enfatiza en las oportunidades de conocer e interactuar en otros entornos, aumentar la posibilidad de socialización y participar en actividades estimulantes y recreativas (Evans, 2012).

Centros de día

Basándose en esta última estrategia (el respiro de los cuidadores), una de las herramientas propuestas por Senama tiene relación con la implementación de centros de día cuyo objetivo es brindar alivio y apoyo a los cuidadores, al mismo tiempo que se proporciona una atención terapéutica integral a la persona mayor con dependencia leve o moderada, enfatizando en la recuperación funcional y rehabilitación. Esta estrategia es definida como un espacio socio terapéutico y de apoyo a las familias, ya que a través de la atención diurna de necesidades básicas, terapéuticas y sociales de la persona mayor, se promueve su autonomía y se facilita la permanencia de la persona en su entorno habitual. Los principios que sustentan esta estrategia tienen relación con la integralidad de la atención, la globalidad de ésta y la interdisciplinariedad. En este caso la intervención tiene 3 ejes de acción. El énfasis en la persona mayor con dependencia leve o moderada es recuperar y/o mantener el mayor grado de independencia posible, retrasar o prevenir el incremento de la dependencia a través de estimulación cognitiva, funcional y social, desarrollar la autoestima y favorecer un estado psicoafectivo adecuado, y evitar, o en lo posible retrasar, la institucionalización. En la familia cuidadora, los objetivos de esta estrategia se encuentran orientados a proporcionar tiempo libre y descanso, buscando evitar o disminuir el estrés del cuidador, proporcionar orientación y asesoramiento, prevenir conflictos familiares vinculados al rol de cuidador, reducir el riesgo de claudicación en los cuidados y potenciar la colaboración de la familia con el centro de día. En los cuidadores profesionales, la intervención busca proporcionar desde la formación continua, conocimientos, habilidades y actitudes que aseguren una atención integral cualificada, reducir el estrés desarrollando estrategias de prevención, y favorecer un clima social que facilite interacciones positivas (Senama, 2009).

En relación a la implementación de centros de día, existen varias experiencias a nivel nacional. No obstante, dentro de la Política Integral de Envejecimiento Positivo se especifica que a partir de 2013 debieran implementarse centros diurnos estatales piloto con enfoque en la prevención, a cargo de Senama. La propuesta incorpora la implementación de 6 centros diurnos, para posteriormente implementar uno por región e idealmente en el largo plazo, uno por comuna. Estos centros están dirigidos a la atención de personas mayores autovalentes o con dependencia leve (Senama, 2012). Actualmente se encuentran en funcionamiento centros de día que atienden a personas mayores con distintas características funcionales. En la comuna de Las Condes por ejemplo, desde julio de 2012 se encuentra en funcionamiento un centro de día que brinda servicios dirigidos a personas autovalentes de la comuna que presenten condición de fragilidad. Dentro de las acciones ofrecidas se encuentra la elaboración y aplicación de un plan de atención personal, sesiones grupales orientadas a la realización de ejercicios y participación en diversas actividades, evaluaciones específicas, intervenciones individuales, seguimiento, orientación y vinculación hacia redes de apoyo, talleres educativos y recreativos (Municipalidad de Las Condes, 2012). Por otro lado, en octubre de 2013, fue inaugurado el primer centro de día para personas con demencia, financiado por la Municipalidad de Peñalolén y Senama, centro que busca, por un lado, otorgar una atención integral e interdisciplinaria a personas mayores con deterioro cognitivo con el objetivo de incrementar su funcionalidad, retrasando el deterioro, y mejorando la participación en ocupaciones significativas, y por

otro lado, facilitar herramientas a los familiares de estas personas que favorezcan la comprensión de la enfermedad y el aprendizaje de técnicas de estimulación y cuidado de la persona mayor con demencia (Municipalidad de Peñalolén, 2013).

Sobre este tipo de dispositivo existe evidencia que demuestra los beneficios de su implementación. En un estudio desarrollado por Gitlin et al. (2006) se evaluó la intervención de un centro de día para personas con demencia que brindaba apoyo a las necesidades de sus familiares cuidadores a través de intervenciones sistematizadas orientadas a entrenar la resolución de problemas y las habilidades de afrontamiento, mejorando el apoyo social y la percepción de competencia por parte de los cuidadores. Dentro de los resultados de esta investigación, se destaca la disminución de síntomas depresivos en los cuidadores a 3 meses del inicio del programa, menos dificultades a nivel de memoria, mejor percepción de eficacia al manejar trastornos conductuales y un significativo aumento en la confianza personal. Algunos de estos resultados continuaban mejorando a 12 meses de iniciado el estudio.

No obstante, a pesar de la existencia de diversos dispositivos orientados a apoyar a los cuidadores, asegurando el bienestar de las personas mayores que reciben los cuidados, aún estos son insuficientes en términos de cantidad para la proporción de unidades de cuidado existentes actualmente. De igual manera, es necesario mejorar la información sobre los servicios formales disponibles, especialmente a nivel de los cuidadores, quienes muchas veces no se encuentran en conocimiento de la existencia de éstos. Además, se requiere de asesoramiento para el acceso, aumentar la existencia y socialización de grupos de autoayuda, y facilitar el entrenamiento para la toma de decisiones y resolución de problemas asociados a la labor de cuidar (Martínez et al., 2001).

INTERVENCIONES ORIENTADAS A LA PREVENCIÓN DEL MALTRATO EN LA PERSONA MAYOR

El maltrato es una temática presente en la Política de Envejecimiento Positivo, lo cual se explicita en sus objetivos específicos (Objetivo 8: "Disminuir la prevalencia del maltrato activo o pasivo contra las personas mayores"). Las acciones a corto plazo propuestas por Senama incluyen la implementación de Talleres de Estrategias de Autoprotección en Prevención del Delito dirigidos a personas mayores, desarrollados en diversas comunas del país, la publicación de estudios que actualicen las cifras relacionadas al maltrato hacia este grupo (específicamente en las regiones de Valparaíso y Metropolitana), la entrada en vigencia del Programa Contra la Violencia y Abuso del Adulto Mayor cuyo objetivo es contribuir a la promoción y ejercicio de los derechos de las personas mayores a través de la prevención, detección y atención del maltrato, la modificación en el artículo 5º de la Ley N°20.066, de violencia Intrafamiliar, que incorpora la omisión o abandono del cuidado como forma de maltrato, y la creación de protocolos de denuncia y derivación para los establecimientos de salud, de cuidado, carabineros y municipalidades que apoyan a las personas mayores que han sido víctimas de éste (Senama, 2012).

Centrándonos en intervenciones particularmente diseñadas para prevenir el maltrato hacia las personas mayores, a partir de revisiones internacionales, es

posible identificar 3 distintos tipos de intervenciones que operan en los 3 niveles de atención en salud. En atención primaria las actividades están orientadas a la prevención del maltrato, mientras que las intervenciones a nivel de atención secundaria buscan evitar la mantención y progresión del abuso una vez que éste ha ocurrido. Las intervenciones desarrolladas a nivel terciario tienen relación directamente con el manejo de las consecuencias del maltrato (Choo et al., 2013).

Dentro de las actividades de prevención primaria se incluyen aquellas centradas en el individuo, en la comunidad y cambios a nivel de políticas públicas. En el primer caso, se proponen intervenciones educativas y programas basados en aptitudes, desarrollados específicamente para personas mayores y sus familiares, que buscan la entrega de herramientas de comunicación efectiva, manejo del estrés, resolución de problemas y promoción de relaciones familiares saludables. Otra aproximación plantea el fomento de actitudes positivas hacia los adultos mayores a partir del establecimiento de relaciones significativas a través de programas intergeneracionales desarrollados con escolares, estudiantes universitarios o jóvenes que participan en la comunidad (grupos religiosos o sociales, por ejemplo). En el caso de las intervenciones en la comunidad, éstas involucran campañas orientadas a dar a conocer los alcances del maltrato y educación a través de la utilización de medios masivos de comunicación como televisión, radio e internet. A nivel secundario se propone incluir la monitorización de personas mayores vulnerables (a través de tamizaje, visitas domiciliarias y valoración geriátrica idealmente realizada en el hogar) y mejorar la detección temprana del abuso. Al aumentar las oportunidades de contacto entre las personas mayores y los integrantes del equipo de salud correspondiente, a partir del incremento de actividades de educación y evaluación, se aumentaría la posibilidad de detectar a aquellas personas que se encuentran en riesgo, o que ya han experimentado abuso. Los programas de entrenamiento dirigidos a los profesionales buscan el aumento del reconocimiento de señales de alerta, la distinción de los distintos tipos de maltrato y la mejoría en la habilidad de identificar y manejar de manera efectiva casos en los que se sospecha maltrato. Las acciones a nivel terciario se centran en el apoyo inmediato a las víctimas de maltrato y sanción a los ejecutores de éste. En algunos países existen servicios de protección, refugios temporales, consejería y grupos de apoyo que buscan proteger y monitorizar a las personas mayores que han sufrido abuso (Choo et al., 2013).

En esta misma revisión se define intervenciones orientadas a la prevención del maltrato en personas mayores como **“cualquier estrategia que evita algún tipo de abuso potencial o reduce el maltrato al nivel más bajo posible tanto en la comunidad como en instituciones”**. Ejemplos de estas intervenciones son las siguientes: educación (entrenamiento a profesionales proveedores de servicios, y educación a personas mayores, cuidadores y profesionales), programas que reducen los factores que gatillan el abuso (intervenciones orientadas a la reducción de factores de riesgo –programas de manejo del estrés–, terapia conductual, respiro del cuidador, grupos de apoyo social para el cuidador, programas de reducción del uso de restricción física y programas sociales intergeneracionales), cambios en políticas públicas y legislación, programas que aumentan la detección temprana, programas dirigidos a las víctimas y programas de rehabilitación (orientado a quienes ejecutan el maltrato en términos de asistencia legal, intervención psiquiátrica, apoyo y consejería) (Choo et al., 2013).

CONCLUSIONES

Durante los últimos años nuestro país ha sido testigo de una creciente discusión acerca del maltrato hacia las personas mayores. Por un lado, se han reconocido y registrado algunas de sus causas, como la presencia de alta sobrecarga por parte de los cuidadores y la dependencia y discapacidad que presentan las personas receptoras de los cuidados. Se han desarrollado estudios orientados a caracterizar a la población mayor dependiente y de alguna manera, también a sus cuidadores, lo que ha permitido visibilizar y dimensionar el fenómeno de la dependencia de las personas mayores en nuestro país. La dependencia produce un mayor despliegue de recursos por parte de los cuidadores, que impacta fuertemente en la calidad de vida de estas personas.

La sobrecarga producida por el cuidado afecta directamente la salud global de quienes se encuentran a cargo de sus familiares mayores dependientes. Esto explicaría en cierta medida el aumento de la incidencia de maltrato en nuestro país, que si bien no se encuentra formalmente documentado, en la actualidad se están desarrollando esfuerzos orientados a conocer la prevalencia del maltrato hacia las personas mayores. No obstante, es sabido que el maltrato se encuentra presente y que es una problemática en aumento a medida que se incrementan las personas mayores que requieren cuidados permanentes.

Por esta razón, sería injusto culpar únicamente a los victimarios del maltrato. Como sociedad debemos hacernos cargo de esta situación y brindar apoyo tanto a los cuidadores como a las personas receptoras del cuidado. Senama, a través de la Política Integral de Envejecimiento Positivo, ha recorrido un importante camino en cuanto al reconocimiento del fenómeno del maltrato, cómo proceder ante éste y proponer estrategias que permitan brindarle un respiro al cuidador y evitar la sobrecarga.

Estas estrategias se enmarcan en la formación de cuidadores domiciliarios de personas mayores dependientes y la implementación de Centros diurnos, ambas diseñadas para facilitar el alivio de los cuidadores y entregar herramientas que faciliten el cuidado.

Como sociedad envejecida carecemos de un modelo de asistencia progresiva y adaptada a las necesidades de los usuarios y sus cuidadores. Nuestra actual estructura provee un sistema inconsistente, descentralizado, difícil de acceder, confuso e incapaz de satisfacer las necesidades de este grupo, lo que provoca un importante costo personal y económico. Por tanto, es indispensable un sistema de salud y socio-sanitario enmarcado en un Plan Nacional de Envejecimiento, que se adecúe a las necesidades constantemente cambiantes de los adultos mayores. Esta red debe brindar soporte no solo a ellos, sino que también a los cuidadores y su entorno.

Una sociedad que asegura respeto y protege a sus adultos mayores, es aquella que dignifica a sus cuidadores.

NOTA AL CAPÍTULO

1. Actividades básicas de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- » Choo, W., Hairi, N.N., Othman, S., Francis, D.P. & Baker, P. (2013). Interventions for preventing abuse in the elderly (Protocol). Cochrane Database of Systematic Reviews, 1. Art. No.: CD010321. DOI:10.1002/14651858.CD010321.
- » Evans, D. (2012). Exploring the concept of respite. *Journal of Advance Nursing*, 69(8), 1905-1915.
- » Evans, D. & Lee, E. (2013). Respite services for older people. *International Journal of Nursing Practice*, 19, 431-436.
- » Fernández, B. (2010). Problemáticas del cuidador a nivel personal y familiar. En P.P. Marín, V. Orellana & R. Kornfeld (Eds.). *Cuidado de personas mayores frágiles o dependientes: herramientas teóricas y prácticas*. (1a Ed.) Santiago, Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- » Fundación Cerro Navia Joven. (2013). Programa Adulto Mayor Dependiente. Recuperado el 20 de septiembre de 2013, del sitio Web de la Fundación Cerro Navia Joven: <http://cnjoven.cl/area-trabajo/area-adulto-mayor/>
- » Gitlin, L., Reever, K., Dennis, M., Mathieus, E. & Hauck, W. (2006). Enhancing quality of life of families who use adult services: short -and long-term effects of the adult day services plus program. *The Gerontologist*, 4(5), 630-639.
- » Greenwood, N., Habibi, R. & Mackenzie, A. (2012). Respite: carer's experiences and perceptions of respite at home. *BMC Geriatrics*, 12, 42.
- » Johannesen, M. & LoGiudice, D. (2013). Elderly abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders. *Age and Ageing*, 42, 292-298.
- » Kwok, T., Wong, B., Ip, I., Chui, K., Young, D. & Ho, F. (2013). Telephone-delivered psychoeducational intervention for Hong Kong Chinese dementia caregivers: a single-blinded randomized controlled trial. *Clinical Interventions in Ageing*, 8, 1191-1197.
- » Martínez, M., Villalba, C. & García, M. (2001). Programas de respiro para cuidadores familiares. *Intervención Psicosocial*, 10(1), 7-22.
- » Ministerio de Desarrollo Social. (2009). Encuesta Casen. Gobierno de Chile.
- » Ministerio de Salud. (2010). Encuesta nacional de salud 2009-2010. Gobierno de Chile.

- » Ministerio de Salud. (2011). Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011 - 2020. Gobierno de Chile.
- » Municipalidad de Las Condes. (2012). Centro de día para adultos mayores. Recuperado el 28 de agosto de 2013, del sitio Web de la Municipalidad de Las Condes: http://www.lascondes.cl/adulto_mayor/centro.html
- » Municipalidad de Peñalolén. (2013). Inauguración Centro de día para personas con Demencia. Recuperado el 30 de octubre de 2013, del sitio Web de la Municipalidad de Peñalolén: <http://www.penalolen.cl/noticia/municipalidad-de-penalolen-y-senama-inauguran-primer-centro-diurno-para-personas-con-alzheim>
- » Nip, P., Lee, J. & Kwok T. (2010). Association of functional disability in dementia patients with caregiver stress: a cross-sectional study. *Asian Journal of Gerontology and Geriatrics*, 5, 48-53.
- » Pontificia Universidad Católica de Chile. (2010). Encuesta de calidad de vida en la vejez.
- » Senama. (2009). Estudio nacional de la dependencia en las personas mayores. Gobierno de Chile.
- » Senama. (2011). Las personas mayores en Chile: situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez. Gobierno de Chile.
- » Senama. (2012). Guía de prevención del maltrato en la persona mayor. Gobierno de Chile.
- » Senama. (2012). Política integral de envejecimiento positivo. Gobierno de Chile.
- » Senama. (2013). Programa piloto cuidadores domiciliarios para personas mayores. Recuperado el 28 de agosto de 2013, del sitio Web del Servicio Nacional del Adulto Mayor: http://www.senama.cl/n4304_08-05-2013.html
- » Senama. (2013). Maltrato contra las personas mayores: una mirada desde la realidad chilena. Cuadernillo Temático Nº3. Gobierno de Chile.
- » Sörensen, S., Duberstein, P., Gill, D. & Pinquart, M. (2006). Dementia care: mental health effects, intervention strategies, and clinical implications. *Lancet Neurology*, 5, 961-973.

FORMACIÓN DE CUIDADORES: UNA ALTERNATIVA PARA EVITAR EL MALTRATO PSICOLÓGICO A PERSONAS MAYORES

Atenea Flores-Castillo
Blanca Ansoleaga Humana
Miguel Ángel Zarco Neri

A esta altura ya nadie me nombra por mi nombre: Octavio. Todos me llaman abuelo. Incluida mi propia hija. Cuando uno tiene, como yo, 84 años, qué más puede pedir. [...] La vejez nos sumerge en una suerte de anonimato. [...] La cosa es que, para bien o para mal, papá vive, no habla pero piensa, no habla pero siente.
Benedetti, 2010, p. 240.

RESUMEN

El artículo muestra la necesidad de formar cuidadores para evitar el maltrato psicológico. Inicia con una breve exposición sobre la vejez y el maltrato a personas mayores en la literatura. En la segunda sección se avanzan algunas estadísticas de maltrato en Chile y en la región de Valparaíso. En la tercera, se muestra la explicación del origen del maltrato desde una perspectiva psicoanalítica. Finalmente se aborda el proceso de duelo, cuyo conocimiento es uno de los factores protectores para evitar el maltrato, y se presentan las conclusiones.

LA VEJEZ Y EL MALTRATO EN LA LITERATURA

La vejez ha ocupado un lugar prominente en la cultura grecolatina, en la que los sexagenarios constituyen el Senado en Roma, y en la judeocristiana que la considera “corona de honra” (Proverbios, 16:31). El primer tratado sobre la vejez es “Catón el Viejo. Acerca de la vejez”. Fue escrito por Cicerón, autor romano del siglo I a. C. y está organizado en dos partes: En la primera, el autor comunica a Tito su deseo de escribir sobre la vejez a través de un diálogo ficticio situado en el año 150 a.C., entre Catón el Viejo, quien en ese momento contaba con 84 años y moriría un año después, y Escipión y Lelio, de 35 y 36 años respectivamente. Éstos se admiran de que aquél sobrelleve la vejez con facilidad. Cicerón señala que la vejez es un peso que se aligera gracias a la escritura: “Tan agradable ha sido la composición de este libro que no sólo ha ahuyentado todas las molestias de mi vejez sino

que además ha conseguido hacerla llevadera y agradable” (Cicerón, 2008, p. 38)¹.

En la segunda parte inicia el diálogo entre los tres personajes. Catón plantea que la vejez no es obligatoriamente una carga para todos, que las riquezas no necesariamente la hacen soportable y que la mejor manera de enfrentarla es a través de “la formación y la práctica de la virtud... porque la conciencia de una vida bien vivida y el recuerdo de muchas buenas acciones resultan muy gratos” (pp. 44-45). Catón resume en cuatro las razones por las que la vejez puede parecer desgraciada: la inactividad, el debilitamiento del cuerpo, la privación de los placeres y la cercanía de la muerte. A partir de este momento, el diálogo se convierte en un monólogo.

La vejez aparta de las actividades características de la juventud, pero tiene las propias, como la razón, la reflexión y el pensamiento, además de que en ella se desarrollan ciertas cualidades como la prudencia, el prestigio y el entendimiento, aunque reconoce que puede haber una pérdida de la memoria si no se la ejercita: “Las facultades permanecen en los ancianos con tal que permanezca el empeño y la actividad...” (p. 55). En suma, la vejez es activa.

El debilitamiento del cuerpo es un hecho innegable que se contrarresta con ejercicio y cuidados y que no se explica sólo por la vejez, sino porque suele ir acompañada de enfermedades. Además, es necesario alimentar a la mente y al espíritu “pues éstos también se apagan en la vejez” (p. 66).

La argumentación contra el tercer reproche, la carencia de placeres en la vejez, es la que más lugar ocupa. Catón descalifica al placer corporal, pues “no hay ningún crimen... que el ansia de placer no empuje a cometer” (p. 69), además de que el placer “es el peor enemigo” de la inteligencia. Al igual que sucede con la actividad física, la vejez tiene sus propios placeres, como la conversación, el estudio y el aprendizaje, y la autoridad adquirida en esta etapa gracias a una vida vivida con honestidad, compensa la pérdida de los placeres añejos.

Finalmente, con respecto a la proximidad de la muerte, la argumentación es, en un primer momento, muy similar a la de Sócrates en la “Apología”: la muerte es la extinción del alma o el tránsito a otra vida: en el primer caso no se será desgraciado, y en el segundo se será feliz. Por lo tanto es digna de desprecio. Además, en la medida en que la muerte es algo natural, ha de ser buena (Platón, Ca. 400 a. C./1993). Cicerón agrega dos elementos que se alejan de la argumentación socrática: la inmortalidad del cuerpo (“puesto que es tanta la agilidad de las almas... no puede ser mortal la naturaleza que los contiene...” (p. 102)) y el sufrimiento de la vida, lo que hace desear dejarla: “¡Oh día feliz en que me marche a aquella divina reunión y encuentro de las almas y cuando me aparte de este tumulto y de este enredo!” Concluye entonces que por las razones expuestas la vejez le resulta feliz y que si es un error creer en la inmortalidad del alma, que lo dejen vivir en paz creyéndolo.

El maltrato en la vejez ha estado presente siempre. Si bien no hay un tratado antiguo sobre el mismo, como ocurre en el caso de la vejez, algunos libros fundadores lo mencionan de manera directa o indirecta. Tal es el caso de la “Teogonía” de Hesíodo (“Circa” Siglo VII a. C.) y de la “Biblia”. En la primera, Urano impide que sus doce hijos vean la luz, hasta que Cronos, el menor, incitado por su madre, lo

castra; a su vez, Cronos, cada vez que tiene un hijo se lo traga, hasta que Zeus, el menor, lo vence². En la Biblia el hecho de que uno de los diez mandamientos llame a honrar a los padres para tener larga vida sobre la tierra (Éxodo 20:12), o la indicación que da el apóstol Pablo a Timoteo en el sentido de no reprender a los ancianos y ancianas, sino de exhortarlos como a padres y madres (1 Timoteo 5:1-2), o bien el mandato a los jóvenes para que obedezcan a los viejos (1 Pedro 5:5), muestra que son acciones que es preciso recordar porque no siempre se les honra ni se les exhorta adecuadamente, ni se les obedece.

En la literatura más reciente que se ocupa del maltrato se encuentra el "Rey Lear" de Shakespeare ("circa" 1605), "Papá Goriot" de Balzac (1834), "La Lección" de Ionesco (1950, en la que el maltratador es un viejo) y "Pacto de Sangre" de Benedetti (2010), entre otros. Por razones de espacio se presentará brevemente sólo el primero, en el que se asiste a maltrato patrimonial y psicológico.

Lear decide repartir su reino entre sus tres hijas, Goneril, Regan y Cordelia: "es mi firme decisión liberar mi vejez de tareas y cuidados, asignándolos a sangre más joven mientras yo, descargado, camino hacia la muerte" (Shakespeare, 2011, p. 9). Resuelve proporcionar una porción de tierra a cada una de acuerdo al cariño que le expresen. La mayor dice amarlo "tanto como nunca amara hijo o fuese amado padre" (p.9); la segunda agrega que la anterior se quedó corta, que ella se declara "enemiga de cualquier otro deleite" y que sólo se siente feliz en el amor de su padre; la tercera responde: "Mi buen señor, me habéis dado vida, crianza y cariño. Yo os correspondo como debo: obedezco, os quiero y os honro de verdad. ¿Por qué tienen marido mis hermanas si os aman sólo a vos? Cuando me case, el hombre que reciba mi promesa tendrá la mitad de mi cariño..." (p. 10). Lear se enfurece con la respuesta, deshereda a su hija menor y divide el reino entre las dos mayores. La única condición que les impone es quedarse con cien caballeros (a los que ellas mantendrán) y morar con ellas alternadamente. Empieza a vivir con la mayor y en una ocasión el Rey le pega a un servidor de Goneril por reprender a su bufón, ante lo cual ella decide reducir a la mitad el número de caballeros de su padre y da instrucciones a sus siervos de ser menos serviciales con él: "Afectad dejadez y negligencia, tú y tus compañeros... Si no le gusta, que se vaya con mi hermana que sé bien que conmigo está de acuerdo" (p. 23). Lear parte efectivamente con Regan quien insta a su padre a volver con Goneril y pedirle perdón. Como él se niega, le dice que lo puede recibir sólo con 25 caballeros y, finalmente, con ninguno: "La casa es pequeña. No puede alojar bien al viejo y su gente. [...] Lo recibiré gustosamente a él solo pero a ninguno de su gente" (p. 55). Lear se va furibundo, pasa la noche a la intemperie y pierde la razón. Goneril y Regan dan orden de matarlo.

Así, la literatura ha dado cuenta del maltrato, y en particular del de las personas mayores, lo que muestra que se trata de un fenómeno universal, generalizado en el tiempo y en el espacio. Ello significa que se requiere de la intervención de los estados para diseñar políticas públicas que lo prevengan y lo atiendan. En el siguiente apartado se presentarán estadísticas sobre dicho fenómeno en Chile.

EL MALTRATO A PERSONAS MAYORES EN CHILE

La primera encuesta sobre violencia intrafamiliar (VIF) con representación nacional que se realiza en Chile a personas mayores³ data de 2008. Se trata de la “Encuesta Nacional de Victimización por Violencia Intrafamiliar y Delitos sexuales 2008”, realizada por el Ministerio del Interior. Se encuestó a 1.325 adultos mayores de todo el país (que representaban 36.8% del total de la muestra) y se encontró que el 23.2% había sufrido violencia, que los principales agresores fueron los cuidadores y que del total de adultos mayores víctimas de algún tipo de violencia, en el 86% de los casos se trató de violencia psicológica. Los principales factores de riesgo identificados fueron la mala relación con el cuidador (62.8%), carecer del apoyo de otros familiares (20.3%) y la ingesta de alcohol de algún miembro de la familia (11.9%). Finalmente, se encontró que los adultos mayores víctimas de violencia intrafamiliar “poseen mayores problemas de salud mental asociados a depresión” (Ministerio del Interior, 2009, pp. 23–28).

Es necesario observar que tanto en esta encuesta como en otros estudios que se mencionan más adelante, los cuidadores son mencionados como los principales maltratadores. Se trata de un grupo que está lejos de ser homogéneo. Se les suele clasificar en primarios (también llamados “informales” dentro de los que se coloca a los familiares, vecinos y amigos, que no reciben una remuneración y por lo general tampoco han recibido formación) y en secundarios, que son los que reciben una remuneración y que se subdividen en dos:

- a. Los que han sido formados para realizar labores de cuidado y que realizan su trabajo en clínicas, hospitales, centros de día, establecimientos de larga estadía o a domicilio (como médicos, enfermeras, trabajadores sociales, asistentes comunitarios) y
- b. Los que no han recibido formación especializada, como las empleadas domésticas. Es decir, se está en presencia de un fenómeno que no es privativo de quienes carecen de formación profesional para cuidar (como es el caso de la mayoría de los cuidadores familiares), lo cual lleva a preguntarse qué sucede para que incluso los cuidadores profesionales maltraten. Evidentemente está ocurriendo un fenómeno del que hay que hacerse cargo y del que se hablará más adelante.

A partir de 2009 el Servicio Nacional del Adulto Mayor (Senama) ha registrado cifras sobre los casos y las consultas de maltrato a personas mayores (recibidos por medio de las oficinas de atención), definido como “cualquier acción u omisión que produce daño y que vulnera el respeto a su dignidad y el ejercicio de sus derechos como persona” (Senama, 2012a, p. 3). En el Cuadro 1 se observan los porcentajes correspondientes.

CUADRO 1 Chile: Casos y consultas de maltrato a personas mayores (porcentajes)

| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 ^a |
|-----------------------------------|------------|------------|------------|------------|-------------------|
| CASOS | 46,3 | 63,0 | 86,0 | 72,9 | 36,4 |
| CONSULTAS | 53,7 | 37,0 | 14,0 | 27,1 | 63,6 |
| Total de Casos y Consultas | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Fuente: Elaboración propia: Para 2009-2011, (Caballero, 2012); Para 2012 (Senama, 2012b); Para 2013, (Senama, 2013a).
a: Enero-septiembre de 2013.

Aunque cinco años de estadísticas sobre maltrato a personas mayores son pocos para hacer inferencias, se observa un aumento en el número de casos hasta 2011 y a partir de ese año hay una disminución de los mismos y un crecimiento en el número de consultas, lo que podría explicarse porque el 18 de marzo de 2010, la Ley N°20.427 incluyó el maltrato a las personas mayores en la Ley de Violencia Intrafamiliar (Ley N°20.066) y en la Ley que crea los Tribunales de Familia (Ley N°19.968). Esto puede detener a quienes maltratan por las consecuencias legales de sus actos, además de que al estar protegidas por la legislación, las personas mayores pueden tener menos miedo o vergüenza para realizar consultas.

Por otro lado, las estadísticas sobre los tipos de maltrato muestran que el psicológico es el más frecuente, lo que es consistente con lo encontrado en la encuesta realizada en 2008. En el Cuadro 2 se presentan los porcentajes de los distintos tipos de maltrato definidos por el Senama⁴.

CUADRO 2. Chile: Tipos de maltrato 2009-2012 (porcentajes)

| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|-----------------------|------------|------------|------------|------------|
| FÍSICO | 18,2 | 9,6 | 13,9 | 9,3 |
| PSICOLÓGICO | 40,1 | 26,9 | 28,2 | 25,2 |
| PATRIMONIAL/ECONÓMICO | 8,3 | 15,8 | 12,5 | 13,2 |
| ABANDONO | 12,5 | 16,9 | 18,5 | 11,7 |
| NEGLIGENCIA | 10,4 | 12,7 | 14,3 | 14,7 |
| ABUSO SEXUAL | --- | --- | --- | --- |
| OTROS | 10,4 | 18,1 | 12,5 | 25,5 |
| Total de casos | 100 | 100 | 100 | 100 |

Fuente: Elaboración propia. Para 2009-2011, Caballero, 2012; Para 2012, Senama, 2012 b).

Por maltrato psicológico el Senama entiende las "acciones que producen angustia, pena, estrés, sentimientos de inseguridad, baja autoestima, y/o atentan contra la identidad, dignidad y respeto de la autonomía de una persona. Se muestra a través de insultos y agresiones verbales, amenazas de aislamiento, abandono o institucionalización, intimidaciones, humillaciones, infantilización, ridiculización, silencios ofensivos, no respetar sus creencias, rechazar sus deseos y falta de respuesta a sus consultas en forma intencionada" (Senama, 2012a, p. 6). Se observa que su participación porcentual a nivel nacional ha ido disminuyendo, de 40% en 2009 a 25% en 2012, pero aún así sigue siendo el tipo de maltrato

más frecuente en este último año, después de la categoría “otros” que representó el 25,5%. Además, en Valparaíso se encontró una prevalencia de 35% en población general y de 52,7% entre las personas dependientes⁵, con mayor incidencia a partir de los 80 años, siendo el maltratador, en 60,4% de los casos un familiar (Senama, 2013b).

Entre los principales factores de riesgo para el aumento del maltrato a las personas mayores se menciona, por el lado de la víctima, el deterioro físico y la dependencia en cualquiera de sus formas (física, emocional o financiera), y por el lado del maltratador, la sobrecarga del cuidador, la depresión y el abuso de sustancias. También se alude a la teoría del aprendizaje social para explicar la violencia como “un mecanismo aprendido para expresar la ira y la frustración” (Senama, 2012a, p. 13). Si bien es indudable que vivir en un ambiente violento puede generar violencia, hay explicaciones alternativas sobre el origen del maltrato, como la que plantea el psicoanálisis, de lo que se hablará en el siguiente apartado.

EL MALTRATO DESDE EL PSICOANÁLISIS Y LA FILOSOFÍA

Las definiciones sobre violencia y maltrato suelen ser circulares. Por ejemplo, en el artículo 5 de la Ley 20.066 se define la violencia intrafamiliar como “todo maltrato que afecte la vida o la integridad física o psíquica de quien tenga o haya tenido la calidad de cónyuge del ofensor o ... recaiga sobre persona menor de edad, adulto mayor o discapacitada que se encuentre bajo el cuidado o dependencia de cualquiera de los integrantes del grupo familiar”. Y en el artículo 14 de la misma Ley se define el delito de maltrato habitual como “el ejercicio habitual de violencia física o psíquica respecto de alguna de las personas referidas en el artículo 5º de esta ley...” (Ministerio de Justicia, 2010a). Es decir, en un artículo se dice que la violencia es maltrato y en el otro que el maltrato es violencia. Ello requiere una precisión en los términos, pues se habla indistintamente de abuso, violencia y maltrato.

Para efectos de esta sección se entenderá por violencia (del latín vis, fuerza) (Corominas, 1980), el ejercicio del poder con el objeto de forzar a otro (o a uno mismo) a hacer algo que no quiere, lo que produce consecuencias físicas y/o emocionales. El maltrato es una forma particular de violencia que se caracteriza por la regularidad con la que sucede, es decir, para hablar de maltrato es necesario que la conducta sea repetitiva. Un acto aislado de violencia entonces no es considerado como maltrato.

Desde el psicoanálisis, la fuente de la violencia -y por lo tanto del maltrato- es la agresividad propia del ser humano:

“La verdad oculta tras de todo esto, que negaríamos de buen grado, es la de que el hombre no es una criatura tierna y necesitada de amor, que sólo osaría defenderse si se le atacara, sino, por el contrario, un ser entre cuyas disposiciones instintivas [pulsionales]⁶ también debe incluirse una buena porción de agresividad” (Freud, 1930/1976, p. 3046).

El hecho de que el ser humano sea agresivo de ninguna manera justifica actos violentos de su parte. Quizá por ello, Dante coloca a los violentos en uno de los círculos del infierno en el que se es más responsable de los propios actos y por lo tanto las consecuencias son mayores: "... el séptimo [círculo] es el de los violentos; y porque la violencia puede hacerse contra el prójimo, contra sí mismo y contra Dios, la naturaleza y el arte, está dividido en tres partes, cada una de las cuales contiene una especie de violentos". (Alighieri, 2013, p. 86).

Freud plantea que el hombre vive en sociedad para enfrentar las fuerzas de la naturaleza exterior, esto es, necesita del otro para sobrevivir, pero ante sus instintos o pulsiones agresivos requiere dotarse de normas que le permitan estar cerca del otro sin hacerle daño. Esa ha sido justamente la función de la cultura, en particular de la religión, de la educación y de la legislación: poner límites para la expresión de la agresividad. Por eso, aunque la agresividad está reprimida, no está suprimida, lo que significa que puede aflorar en situaciones límite de cansancio, dolor, miedo, desesperación, que es justamente lo que ocurre en el maltrato a personas dependientes.

Cuando Einstein le pregunta a Freud qué puede hacerse para evitar las guerras, éste le responde en un pequeño artículo de 1932 intitulado "¿Por qué la guerra?":

"Usted expresa su asombro por el hecho de que sea tan fácil entusiasmar a los hombres para la guerra, y sospecha que algo, un instinto del odio y de la destrucción, obra en ellos facilitando ese enardecimiento. Una vez más, no puedo sino compartir sin restricciones su opinión. Nosotros creemos en la existencia de semejante instinto [...] Permítame usted que exponga por ello una parte de la teoría de los instintos [...] Nosotros aceptamos que los instintos de los hombres no pertenecen más que a dos categorías: o bien son aquéllos que tienden a conservar y a unir -los denominamos «eróticos», completamente en el sentido del Eros del Simposio platónico, o «sexuales», ampliando deliberadamente el concepto popular de la sexualidad-, o bien son los instintos que tienden a destruir y a matar: los comprendemos en los términos «instintos de agresión» o «de destrucción»". (Freud, 1932/1976, p. 3211)⁷.

Es decir, el psicoanálisis plantea la existencia de dos tipos de instintos o pulsiones: los eróticos, en el sentido de que producen vida, y los de destrucción, que llevan a la muerte. De la misma manera, a la pregunta: ¿Por qué el maltrato?, se podría replicar, retomando la concepción de Freud del ser humano: porque es inevitable dado que la agresividad es constitutiva del mismo. Además, la prematuración del nacimiento en el humano implica que nace desamparado y, por lo tanto, absolutamente dependiente del otro. Esta situación de dependencia se puede repetir en la vejez y ante ello es posible que surja en los cuidadores el deseo de maltratar a la persona dependiente, al menos por dos razones: porque hay también un "placer de la agresión y de la destrucción" (Freud, 1932/1986, pp. 193-194) y porque observar el desamparo en el otro revive la situación de desamparo del cuidador, lo que resulta insoportable para él: nadie que no haya hecho un trabajo personal sobre sí mismo puede ver la propia debilidad reflejada en el otro sin rechazarlo. Esta es una de las razones por las que el maltrato se agudiza a medida que la víctima asume una mayor posición de indefensión.

Sin embargo, al mismo tiempo que nace el deseo de destruir, surge la prohibición de hacerlo: "No matarás", puesto que junto con el instinto o la pulsión de destrucción, hay uno de vida: "la comunidad humana se mantiene unida merced a dos factores: el imperio de la violencia y los lazos afectivos [...]. Desapareciendo uno de aquellos, el otro podrá posiblemente mantener unida a la comunidad" (Freud, 1932/1976, p. 3211).

La pregunta es entonces cómo lograr que en los cuidadores (primarios y secundarios) predomine el instinto o pulsión de vida, es decir, los lazos afectivos, y no el de muerte o destrucción. Una posible respuesta es escoger cuidadores que sean familiares, pero ello no necesariamente implica disposición y menos aún conocimiento, pues es frecuente que los cuidadores familiares estén forzados por las circunstancias para ejercer ese papel. Además, las cifras mencionadas anteriormente (60,4% de quienes maltratan psicológicamente en la Región de Valparaíso son familiares) obligan a reflexionar al respecto. Otra posibilidad es, en la medida que los recursos lo permitan, confiar el trabajo de cuidado a alguien ajeno al entorno familiar, es decir, a cuidadores formales o profesionales, lo que tampoco garantiza la ausencia de maltrato.

En varias de sus obras Freud insiste en que la única manera de contrarrestar los impulsos de destrucción es a través de la cultura que comprende, entre otros, la educación y las leyes. Con respecto a estas últimas, la legislación, tanto nacional chilena como internacional se ha desarrollado recientemente para incluir a las personas mayores como receptores de maltrato y para establecer medidas para protegerlas (Véase Anexo 1). En el plano nacional destaca la Ley Nº20.427 que, como se dijo anteriormente, en 2010 incorporó a las personas mayores en la Ley que establece violencia intrafamiliar y en la Ley que establece los tribunales de familia. Con respecto a la legislación internacional, apenas en 2002, en la Declaración Política y Plan de Acción de Madrid, se incorporó el tema del maltrato. A nivel regional, se hizo en el 2007, en la Declaración de Brasilia. Así, a diferencia del maltrato de niños y mujeres, el de las personas mayores empieza apenas a instalarse como tema a ser atendido.

En lo referente a la educación, no es casualidad que los cuidadores familiares reporten sistemáticamente que necesitan mayor información, educación y preparación para realizar labores de cuidado (Guajardo et. al. 2013, p. 84), pues el maltrato proviene de quien carece de las herramientas básicas para cuidar ya que para hacerlo sin maltratar al otro, es necesario primero cuidar de sí, tener un autoconocimiento, un saber de sí mismo. ¿Cómo podrá un cuidador, primario o secundario, con formación profesional o sin ella, contener el dolor de aquél a quien cuida, y comprender su desolación e impotencia, si no ha comprendido las propias?

Así, la educación, entendida no sólo como adquisición de conocimientos sino también como preparación, formación o capacitación para el trabajo, y la legislación, son los dos grandes pilares que es imprescindible desarrollar para prevenir el maltrato .

La capacitación de los distintos tipos de cuidadores es evidentemente un tema amplísimo en el que se suele poner énfasis en la transmisión de información

más que en el autocuidado y la enseñanza práctica. Es frecuente encontrar programas que dedican la mayor parte de los módulos a mostrar estadísticas sobre envejecimiento, legislación, políticas públicas, definiciones de cuidado, etc., es decir, “información teórica”, y en los que suele estar ausente información pertinente como lo que ocurre durante el proceso de duelo tanto a los que proveen cuidado como a quienes lo reciben, así como la “formación”, esto es, el trabajo sobre sí mismo y el análisis de casos. En la siguiente sección se hará una brevísima exposición sobre las fases del duelo, herramienta fundamental para aminorar el sufrimiento –y por lo tanto el maltrato–, tanto de quienes reciben cuidado, como de quienes lo proporcionan.

LAS FASES DEL DUELO

El cuidado de sí y la comprensión de los procesos psicológicos que ocurren entre quienes proveen cuidado y quienes lo reciben, son condición indispensable para evitar el maltrato. Una manera de iniciar esta formación es conociendo lo que ocurre durante el proceso de duelo.

El duelo es una reacción normal ante la pérdida de algo o alguien importante (Freud, 1915). Entre otras causas, puede ocurrir como consecuencia del fallecimiento de un ser querido o bien por la amputación de un miembro o por la discapacidad que se genera como consecuencia de una enfermedad. Durante dicho proceso decae el interés por el mundo exterior así como la capacidad de amar. Para recuperarlos es necesario realizar el “trabajo de duelo”, que consiste en aceptar la pérdida para continuar la vida en la nueva situación. La manera de lograrlo es compartir lo que se está sintiendo con una persona entrenada para escuchar. Si esto no se hace, el duelo puede volverse patológico y dar lugar a una depresión, enfermedad que en Chile ocupa, entre las mujeres, el primer lugar en años de vida ajustados por discapacidad de acuerdo al “Global Burden of Disease 2010” (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2013)⁸, por encima de las enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, el cáncer y la diabetes. En virtud de que quienes realizan las labores de cuidado son en su mayoría mujeres, y de la feminización de la vejez, es imprescindible informarse y formarse para atenderlo.

Elisabeth Kübler-Ross, médico psiquiatra, publicó en 1969 su primer libro sobre el duelo por el que atraviesan las personas que han sido diagnosticadas con una enfermedad en etapa terminal (Kübler-Ross, 1969). Pronto encontró que el proceso, que consta de cinco fases que no se recorren linealmente, es similar al que ocurre como consecuencia de pérdidas menos dramáticas. La descripción que se presenta a continuación está basada en su primer libro sobre el tema y, por razones de espacio es muy breve⁹:

La negación es la primera fase. Se caracteriza por la expresión: “No, no a mí, no puede ser verdad”. Kübler-Ross sostiene que el cuidador podrá contener a la persona que cuida en la medida en la que haya trabajado sobre sus propias pérdidas.

La segunda fase está marcada por el enojo. Surge cuando es imposible seguir negando la pérdida y entonces la pregunta que se hace el doliente es “¿Por qué

a mí?” Si bien la pérdida es en principio triste, en el fondo hay un gran enojo que suele descargarse sobre quienes están más cerca, es decir, sobre los familiares y los equipos de salud. Ambos grupos necesitan saber que son blanco de agresiones que en realidad no van dirigidas contra ellos, evitar ponerse defensivos y permitir al doliente expresarse, pues los mejores antídotos para impedir que el enojo escale son la escucha y el acompañamiento.

En la fase de negociación, el doliente busca posponer lo inevitable mediante un acuerdo con un ser superior (aunque hasta ese momento se haya dicho agnóstico o ateo). Hace promesas a cambio de tiempo para realizar labores pendientes.

En la fase de depresión (que no hay que confundir con episodios depresivos mayores), inicia el reconocimiento de lo que significa la pérdida en cuestión y, en su caso, la proximidad de la muerte. Es una etapa necesaria para asumir la impotencia producto de la pérdida. Suele haber culpa o vergüenza, y las palabras de ánimo pueden producir enojo. La escucha es aún más importante para que el doliente pueda llegar a una etapa de aceptación.

La aceptación, que no es una etapa de alegría, es difícil de lograr. En el caso de las personas con enfermedades terminales, se reconoce que lo que sigue es “el descanso final antes de la larga jornada” (Kübler-Ross, 1969). El doliente requiere poder vivir con dignidad y la familia precisa de mayor apoyo. La aceptación puede lograrse en la medida en la que ambos hayan podido expresar su enojo, sus miedos y sus fantasías, a un tercero dispuesto a escucharlos.

Finalmente, es importante saber que las fases transcurren de manera aleatoria, es decir, una persona en la fase terminal de una enfermedad puede estar en un momento de aceptación y, minutos después pasar a cualquiera de las otras. Estar informado de este proceso es fundamental para un cuidador, pues facilita la escucha y el acompañamiento, y le permite protegerse ante la impotencia que genera el cambiante discurso del doliente.

CONCLUSIONES

Con ayuda de la literatura, se vio que la vejez no necesariamente es una carga para los demás, que tiene sus propias actividades y placeres, y que se hace más llevadera a través de la escritura. También se observó que el maltrato a las personas mayores es un fenómeno universal y atemporal que empezó a documentarse en Chile a partir de 2008. Las estadísticas muestran que el maltrato psicológico, a pesar de haber descendido su participación en el total de casos informados al Senama a partir de 2011, sigue siendo el más frecuente.

El maltrato es una forma particular de violencia que tiene su origen en la agresividad constitutiva del ser humano. Por lo tanto, la mejor manera de prevenirlo es a través de la legislación (que pone límites a quienes maltratan y establece mecanismos de protección para las víctimas) y de la formación de cuidadores -tanto primarios (familiares, vecinos y/o amigos) como secundarios (profesionales o no)-, no sólo en temas relativos a la salud física, sino también en autocuidado y

en análisis de casos. Ello disminuirá los riesgos de sobrecarga y de depresión, enfermedad que en estos momentos ocupa en Chile el primer lugar en años de vida ajustados por discapacidad entre las mujeres.

Como un avance de uno de los contenidos imprescindibles para la formación de cuidadores, se presentó someramente el proceso de duelo por el que atraviesan las personas que han sufrido una pérdida. Entre ellas se encuentran los cuidadores primarios, pues están viviendo, entre otras, la pérdida de la persona que cuidan y los secundarios en la medida en la que se ven enfrentados a la frustración que genera el trabajo con personas cuya perspectiva es el deterioro y que no hay posibilidad de cura. Conocer los mecanismos del duelo les permitirá tomar distancia del proceso de cuidado, protegerse y, por lo tanto, ser menos proclives al maltrato.

Para futuras investigaciones sería interesante hacer un análisis de la formación de cuidadores en países que tienen programas con reconocimiento del Estado, como Francia, Chile y Argentina. Es imperativo diseñar un programa nacional, que además de tomar en consideración los aspectos físicos del cuidado, se ocupe de los psicológicos, tanto en los receptores, como en los proveedores primarios y secundarios. Ello permitirá canalizar de manera adecuada la impotencia y la frustración que suelen caracterizar al cuidado de largo plazo y, por lo tanto, disminuir el maltrato psicológico.

NOTAS AL CAPÍTULO 12

1. Para evitar romper el ritmo de la lectura con referencias repetitivas, cuando las citas textuales correspondan al libro que se cita la primera vez, en las subsecuentes se pondrá entre paréntesis sólo el número de página.
2. "De la unión de Gea y Urano nacieron doce hijos: seis mujeres y seis varones, el más joven de los cuales fue Cronos, (...) más a ninguno de los hijos primeros el padre Urano permitía que viera la luz y los volvía a echar en el vientre de Gea que gemía sintiéndose llena; ésta fue meditando una estratagema para liberarse a sí misma y a sus hijos y castigar al padre que deseaba el poder para sí solo. Construyó, por tanto, una hoz enorme y pidió ayuda a sus hijos. Se atemorizaron todos ellos, menos Cronos, el más joven, que aceptó realizar la venganza y se puso en acecho. Cuando Urano llegó para unirse amorosamente a Gea, (...) Cronos lo agarró fuerte y lo emasculó con la hoz afilada".
Al triunfar sobre su padre, Cronos se une a su hermana Rea con la que engendra tres mujeres y tres varones, pero por miedo a que le quitaran el poder, los engulle. Cuando Rea estaba por parir a su último hijo, pide consejo a los dioses. Cuando el hijo nace, lo oculta y da a Cronos una piedra envuelta en pañales para engañarlo. Posteriormente Zeus, el hijo sobreviviente, vence a su padre haciéndolo vomitar a los hijos antes engullidos. (Hesíodo, 1986: pp.CXV-CXVI)".
3. Retomando la Ley 19.828 de Chile (mediante la cual se crea en 2002 el Servicio Nacional del Adulto Mayor) en su artículo 1º y los Principios de las Naciones Unidas, se entenderá por "Persona mayor" a aquélla que tenga 60 años o más.
4. En la Guía. Prevención al Maltrato de Personas Mayores, el Senama define los siguientes tipos de maltrato: Físico, Psicológico, Sexual, Patrimonial, Negligencia, Abandono y Maltrato Estructural o Societario (Senama, 2012a).
5. Seguido por la negligencia (9,2% y 15,1% respectivamente), que puede ser considerada como parte del maltrato psicológico según se observa en la definición del Senama. Ello significa que el porcentaje de maltrato psicológico asciende a 44,2 en población general y a 67,8% en población dependiente.

6. En la traducción de Etcheverry en lugar de la palabra "instinto", se utiliza la de "pulsión": Tras todo esto, es un fragmento de realidad efectiva lo que se pretende desmentir; el ser humano no es un ser manso, amable, a lo sumo capaz de defenderse si lo atacan, sino que es lícito atribuir a su dotación pulsional una buena cuota de agresividad (Freud, S., 1930/1986, p. 108).
7. Etcheverry traduce: "Usted se asombra de que resulte tan fácil entusiasmar a los hombres con la guerra y, conjetura, algo debe moverlos, una pulsión a odiar y aniquilar... También en esto debo manifestar mi total acuerdo. Creemos en la existencia de una pulsión de esa índole... Suponemos que las pulsiones del ser humanos son sólo de dos clases: aquéllas que quieren conservar y reunir -las llamadas eróticas, exactamente en el sentido de Eros en El banquete de Platón, o sexuales, con una consciente ampliación del concepto popular de sexualidad-, y otras que quieren destruir y matar; a esta últimas las reunimos bajo el título de pulsión de agresión o de destrucción" (Freud, 1932/1986, pp. 192-193).
8. Los años de vida ajustados por discapacidad, DALYs por sus siglas en inglés (Disability Adjusted Life Years) son un indicador de la Organización Mundial de la Salud (OMS) construido para dar cuenta de los años de vida saludable que se pierden por la discapacidad que genera una enfermedad.
9. Para una explicación más profunda sobre los procesos que ocurren entre quienes proporcionan y quienes reciben cuidado, véase Cuidado y Subjetividad. Una Mirada a la Atención Domiciliaria (Flores-Castillo, 2012).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- » Alighieri, Dante. (2013). La Divina Comedia. México: Océano.
- » Anónimo. (1991). Éxodo en Biblia. Porto Velho: JUERP/Imprensa Bíblica Brasileira.
- » Anónimo. (1991). Proverbios en Biblia. Porto Velho: JUERP/Imprensa Bíblica Brasileira.
- » Benedetti, M. (2010). Pacto de Sangre en Antología de Cuentos, Buenos Aires: Seix Barral.
- » Caballero, M. (2012). Abuso, Violencia y Maltrato en Las Personas Mayores: Reporte Estadístico de Situaciones Presentada en el Senama desde el año 2009 a la fecha. Santiago de Chile: Senama.
- » Cepal. (2012). Pacto de San José. Recuperado el 2 de noviembre de 2013 de http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/1/44901/CR_Carta_ESP.pdf
- » Cepal. (2012). Declaración de Brasilia. Recuperado el 2 de noviembre de 2013 de <http://www.senama.cl/filesapp/2267.pdf>
- » Cicerón. (2008). Catón el Viejo. Acerca de la Vejez. Madrid: Ediciones Sequitur.
- » Corominas, J. & Pascual, J. A. (1980). Diccionario Crítico Etimológico Castellano e Hispánico. Madrid: Gredos.
- » Flores-Castillo, A. (2012). Cuidado y Subjetividad. Una Mirada a la Atención Domiciliaria. Santiago de Chile: Cepal. Recuperado el 2 de noviembre de 2013 de

<http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/3/46313/P46313.xml&xsl=/mujer/tpl/p9f.xsl&base=/mujer/tpl/top-bottom.xslt>

- » Freud, S. (1932/1986). ¿Por qué la guerra?. En Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- » Freud, S. (1932/1976). ¿Por qué la guerra?. En Obras Completas T.III. Madrid: Biblioteca Nueva.
- » Freud, S. (1930/1986). El malestar en la cultura. En Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- » Freud, S. (1930/1976). El malestar en la cultura. En Obras Completas T.III. Madrid: Biblioteca Nueva.
- » Freud, S. (1915/1986). Duelo y Melancolía. En Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- » Institute for Health Metrics and Evaluation. (2013). Recuperado el 2 de Noviembre de 2013 de <http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/visualizations/gbd-heatmap>
- » Kübler-Ross, E. (1969). On Death and Dying. Nueva York: Macmillan.
- » Ministerio de Justicia. (2004). Ley N°19.968 que crea los tribunales de familia. Recuperado el 2 de noviembre de 2013 de <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=229557>
- » Ministerio de Justicia. (2005). Ley N°20.066. Establece Ley de Violencia Intrafamiliar. Recuperado el 2 de noviembre de 2013 de <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=242648>
- » Ministerio de Justicia. (2010). Ley 20.427. Modifica la Ley N°20.066, de violencia intrafamiliar, y otros cuerpos legales para incluir el maltrato del adulto mayor en la legislación nacional. Recuperado el 2 de noviembre de 2013 de <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1011723>
- » Ministerio Secretaría General de la Presidencia. (1980). Constitución Política de la República de Chile. Recuperado el 2 de noviembre de 2013 de <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=242302>
- » Naciones Unidas. (2002). Declaración Política y Plan de Acción de Madrid. Recuperado el 2 de noviembre de 2013 de <http://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>
- » Naciones Unidas. (1982). Plan de acción Internacional de Viena sobre Envejecimiento. Recuperado el 2 de noviembre de 2013 de <http://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>

- » Naciones Unidas. (1966a). Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Recuperado el 2 de noviembre de 2013 de <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>
- » Naciones Unidas. (1966b). Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos. Recuperado el 2 de noviembre de 2013 de <http://www2.ohchr.org/spanish/law/ccpr.htm>
- » Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. Recuperado el 2 de noviembre de 2013 de <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- » Naciones Unidas. (1945). Carta de las Naciones Unidas. Recuperado el 2 de noviembre de 2013 de <http://www.un.org/spanish/aboutun/charter.htm#Cap1>
- » Nietzsche, F. & Vaihinger H. (1990). Sobre verdad y mentira en sentido extramoral. Ed. Tecnos, Madrid, p19.
- » Pablo. (1991). 1ª Epístola a Timoteo en Biblia. Porto Velho: JUERP/Imprensa Bíblica Brasileira.
- » Pedro. (1991). 1ª Epístola en Biblia. Porto Velho: JUERP/Imprensa Bíblica Brasileira.
- » Platón. (Ca. 400 a.C/1993). Apología. México: Porrúa Colección Sepan Cuantos.
- » Senama. (2013a). Estadística Nacional enero - septiembre - 2013 sobre consultas y casos de maltrato hacia las personas mayores. Sistema de Gestión de Datos (SGD). Senama. Santiago de Chile: Documento no publicado.
- » Senama. (2013b). Estudio de Prevalencia de Maltrato Región de Valparaíso. Unidad de Estudios. Senama. Santiago de Chile: Documento no publicado.
- » Senama. (2012a). Guía. Prevención del maltrato a las personas mayores. Recuperado el 2 de noviembre de 2013 de <http://www.senama.cl/filesapp/Senama%20web1.pdf>
- » Senama. (2012b). Resumen Estadístico Nacional sobre consultas y casos de Maltrato hacia las personas mayores. Año 2012. Sistema de Gestión de Datos (SGD). Senama. Santiago de Chile: Documento no publicado.
- » Shakespeare, W. (2011). El Rey Lear. Santiago de Chile: Editorial Ercilla Ltda.

ANEXO

LEGISLACIÓN NACIONAL (CHILE) E INTERNACIONAL
SOBRE EL MALTRATO A PERSONAS MAYORES

| TIPO DE INSTRUMENTO | AÑO | CONTENIDO | COMENTARIO |
|---|------|---|--|
| NACIONAL | | | |
| CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE CHILE (MINISTERIO SECRETARÍA GENERAL DE LA PRESIDENCIA, 1980). | 1980 | Artículo 1º. Las personas nacen libres e iguales en dignidad y derechos. | Se establece la igualdad de todas las personas. |
| LEY Nº19.968. CREA LOS TRIBUNALES DE FAMILIA (MINISTERIO DE JUSTICIA, 2004). | 2004 | Artículo 81. En caso de concurrir conjuntamente como víctimas de violencia intrafamiliar personas mayores y niños, niñas o adolescentes, el juez podrá siempre adoptar las medidas de protección en conformidad a la ley. Artículo 92.8. Establecer medidas de protección para adultos mayores o personas afectadas por alguna incapacidad o discapacidad. | Originalmente no hay mención a las personas mayores. Se añadieron en 2010. |
| LEY Nº20.066. ESTABLECE VIOLENCIA (MINISTERIO DE JUSTICIA, 2005). | 2005 | Artículo 3º. Prevención y Asistencia. El Estado adoptará políticas orientadas a prevenir la violencia intrafamiliar, en especial contra la mujer, los adultos mayores y los niños, y a prestar asistencia a las víctimas. | Ibídem. |
| LEY Nº20.427. MALTRATO AL ADULTO MAYOR (MINISTERIO DE JUSTICIA, 2010). | 2010 | “Artículo 1º. Modifícase la Ley Nº20.066, en el siguiente sentido: 1. Agrégase en el inciso primero del artículo 3º, a continuación de la palabra “mujer”, la frase “, los adultos mayores”. 2. Intercálase en el inciso segundo del artículo 5º, a continuación del vocable “edad”, la expresión “, adulto mayor”. | Se considera por primera vez de manera expresa, a las personas mayores como víctimas de violencia intrafamiliar. |
| INTERNACIONAL | | | |
| CARTA DE LAS NACIONES UNIDAS (NACIONES UNIDAS, 1945) | 1945 | Artículo 1.3. Realizar la cooperación internacional en la solución de problemas internacionales de carácter económico, social, cultural o humanitario, y en el desarrollo y estímulo del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales de todos, sin hacer distinción por motivos de raza, sexo, idioma o religión; | No hay mención a las personas mayores. |
| DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS (NACIONES UNIDAS, 1948). | 1948 | Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición. | No hay mención a las personas mayores. Se menciona que las personas tienen derecho a un seguro de vejez. |

| TIPO DE INSTRUMENTO | AÑO | CONTENIDO | COMENTARIO |
|--|------|---|---|
| PACTO INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS CIVILES Y POLÍTICOS (NACIONES UNIDAS, 1966a). | 1966 | Artículo 2 1. Cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto se compromete a respetar y a garantizar a todos los individuos que se encuentren en su territorio y estén sujetos a su jurisdicción los derechos reconocidos en el presente Pacto, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social. | No hay mención a las personas mayores. |
| PACTO INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES (NACIONES UNIDAS, 1966b). | 1966 | Artículo 9 Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso al seguro social. | No hay mención explícita a las personas mayores o al maltrato. |
| PLAN DE ACCIÓN INTERNACIONAL DE VIENA SOBRE ENVEJECIMIENTO (NACIONES UNIDAS, 1982). | 1982 | Se señala que el avance de la industrialización y la urbanización junto con la creciente movilidad de la fuerza laboral, están alterando ya sustancialmente el concepto tradicional sobre el lugar y la posición que se reconocía en la familia a las personas de edad. Se ha manifestado en todo el mundo una tendencia a que la familia deje de ser la única fuente de atención y apoyo a las personas de edad. | No se menciona expresamente el maltrato. |
| DECLARACIÓN POLÍTICA Y PLAN DE ACCIÓN DE MADRID (NACIONES UNIDAS, 2002) | 2002 | El abandono, el maltrato y la violencia contra las personas de edad pueden adoptar muchas formas —física, psicológica, emocional, financiera— y se producen en todas las esferas sociales, económicas, étnicas y geográficas. El proceso del envejecimiento entraña la reducción de la capacidad de recuperarse, por lo que las personas de edad que han sido víctimas de malos tratos pueden no llegar a recobrar nunca del todo, física o emocionalmente, de la experiencia sufrida. El efecto de la experiencia traumática puede verse agravado por el hecho de que la vergüenza y el miedo producen una renuencia a pedir ayuda. Las comunidades deben trabajar unidas para prevenir los malos tratos, el fraude al consumidor y los delitos contra las personas de edad. Es necesario que los profesionales reconozcan los riesgos de abandono, maltrato o violencia por parte de los encargados, profesionales o no, de atender a las personas de edad en el hogar o en contextos comunitarios o institucionales. | Se menciona por primera vez de manera expresa el maltrato a las personas mayores. |
| SEGUNDA CONFERENCIA REGIONAL INTERGUBERNAMENTAL. DECLARACIÓN DE BRASÍLIA (NACIONES UNIDAS, 2007) | 2007 | Reafirmamos el compromiso de no escatimar esfuerzos para promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de todas las personas de edad, trabajar en la erradicación de todas las formas de discriminación y violencia y crear redes de protección de las personas de edad para hacer efectivos sus derechos; [...] Proponemos crear marcos legales y mecanismos de supervisión para proteger los | El tema ya está instalado. |

| TIPO DE INSTRUMENTO | AÑO | CONTENIDO | COMENTARIO |
|---|-------------|---|-----------------------------------|
| | | <p>derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas de edad, tanto si utilizan los servicios de larga estadía como si residen en sus hogares, y facilitar la formulación y el cumplimiento de leyes y programas de prevención de abuso, abandono, negligencia, maltrato y violencia contra las personas de edad;</p> | |
| <p>TERCERA CONFERENCIA REGIONAL INTERGUBERNAMENTAL SOBRE ENVEJECIMIENTO, COSTA RICA. PACTO DE SAN JOSÉ. (NACIONES UNIDAS, 2012)</p> | <p>2012</p> | <p>Se rechaza todo tipo de maltrato contra las personas mayores y nos comprometemos a trabajar por su erradicación, para lo cual debemos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Aplicar políticas y procedimientos para prevenir, sancionar y erradicar todo tipo de maltrato y abuso contra las personas mayores, incluida la penalización de los responsables, b. Establecer mecanismos de prevención y supervisión, así como el fortalecimiento de los mecanismos judiciales, a fin de prevenir todo tipo de violencia en contra de las personas mayores, c. Garantizar la protección especial de las personas mayores que, por su identidad de género, orientación sexual, estado de salud o discapacidad, religión, origen étnico, situación de calle u otras condiciones de vulnerabilidad, corren mayor peligro de ser maltratadas, d. Poner a disposición de las personas mayores los recursos judiciales para protegerlas frente a la explotación patrimonial. | <p>El tema ya está instalado.</p> |

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los instrumentos citados.

ESTADO Y PERSONAS MAYORES INDÍGENAS EN CHILE: REFLEXIONES SOBRE EL MALTRATO SIMBÓLICO

Marcelo Hermosilla Jaramillo

RESUMEN

El presente artículo es una reflexión respecto a la relación entre el Estado y las personas mayores indígenas, en particular del pueblo mapuche. Se plantea que existe un déficit desde el Estado, en términos de reconocer a este grupo como sujetos de política y como sujetos de derecho, lo cual ha llevado a una invisibilización, la que se constituye en una forma de maltrato.

INTRODUCCIÓN

El presente artículo es una reflexión respecto a la relación entre el Estado y las personas mayores indígenas, en particular del pueblo mapuche. Como premisa inicial se establece que la población mayor indígena constituye un segmento que va más allá de lo etario, producto que posee características y particularidades que hacen de ella un grupo humano de incalculable valor patrimonial y simbólico.

El argumento central de este artículo es que existe un déficit desde el Estado en esta relación en al menos dos aspectos: en primer lugar, en relación al debido reconocimiento por parte del Estado de este subgrupo etario como un tipo de población indígena específica, y por tanto, objeto de políticas públicas particulares. En segundo lugar, en cuanto a las obligaciones estatales de protección de los derechos culturales y sociales de esta población en virtud de la ratificación de instrumentos jurídicos internacionales.

El análisis se realiza a partir de las obligaciones que se derivan de la entrada en vigencia del Convenio N°169 de la Organización Internacional del Trabajo, OIT, en septiembre de 2009, que hacen de este déficit -invisibilización y desprotección- un tipo de maltrato que hemos definido como "maltrato simbólico". Como se verá más adelante, las personas mayores aparecen como una figura relevante y altamente simbólica para el mantenimiento de la cultura y la memoria, relevándola como una de las fuentes primordiales del sustento espiritual y social que nutre el "ser" mapuche.

Precisamente, el primer apartado gira en torno a los significados y el valor de la ancianidad para el mundo indígena mapuche. El segundo apartado, hace mención al Convenio N°169 de la OIT, por cuanto se trata del principal instrumento de reconocimiento y protección de derechos de los pueblos indígenas actualmente en vigencia. Finalmente, y sobre la base de la literatura sobre políticas públicas, se analizará la idea de maltrato simbólico desde la noción de silencio o no respuesta estatal.

ACERCAMIENTO AL SIGNIFICADO Y VALOR DE LA ANCIANIDAD INDÍGENA MAPUCHE

La ancianidad para la población mapuche constituye un ámbito dentro del espectro cultural que contiene y condensa una serie de significados, algunos de los cuales poseen características opuestas a las ideas tradicionales de la población no indígena. Este artículo describirá una serie de aspectos que hacen de este segmento un subgrupo diferenciado del pueblo mapuche, no con el fin de establecer cualidades o aspectos puntuales o taxativos, sino con el objetivo de ilustrar la riqueza cultural y social que las personas mayores revisten para el pueblo mapuche y, de esta manera, aportar mayores conocimientos para el diseño de políticas públicas integrales.

Uno de los primeros elementos en torno a la ancianidad mapuche a los cuales hace referencia el escritor y poeta Elicura Chihuailaf (1999) es a la cosmogonía. Para este autor, el “ser” mapuche hoy se sostiene por la acción de los antepasados, idea que se personifica en la figura del Gran Árbol, el Gran Canelo, “que plantaron los padres de nuestros padres” (1999:46). Los mayores aparecen culturalmente como sostenedores de la memoria y de la herencia cultural del pueblo mapuche.

Esta opinión también resulta compartida por algunos historiadores mapuche (Marimán, Caniuqueo, Millalén & Levil, 2006) quienes hacen referencia al piam de Xeg-Xeg y Kay-Kay, el equivalente al relato mitológico de la creación, el que es transmitido de generación en generación por medio de la oralidad y que “sintetiza elementos fundamentales de la cultura y del Mapuche Kimün y se halla presente en la memoria colectiva de esta sociedad” (2006: 24). Este relato (piam) señala el comienzo, el origen del mundo, en el que se libra la batalla (Awkan) entre Xeg-Xeg y Kay-Kay, enfrentamiento dual en el que no existen vencedores ni vencidos, sino que más bien se da una condición “en donde fuerzas y energías opuestas, pero complementarias para la existencia de todo el sistema de vida, entre ellas personas y su cultura, se hallan siempre presentes, haciéndose notar a través de formas que nos llaman a autorregularnos en nuestro comportamiento, fundamentalmente con el medio en el que debemos vivir” (2006:24).

Este importante relato (piam) hace mención a personas que logran sobrevivir a esta batalla entre Xeg-Xeg y Kay-Kay. Son los llamados Pu Che, entre los que se encuentran cuatro personas: una anciana (kiñe Kushe), un anciano (kiñe Fücha), una joven mujer (kiñe Ülcha Zomo) y un joven varón (kiñe Weche Wenxu). El relato -señalan los autores- plantea que el rol social de los ancianos fue asignado de la siguiente manera: “a los Fütakeche (ancianos) se les dio la misión de alimentar la

sabiduría y transmitir el Kimün y la cultura mapuche a los Wekeche (jóvenes) y a los Pichikeche (niños)" (2006: 25).

Señala el relato que esta suerte de familia primigenia, sobreviviente de la batalla (Awkan), trasciende las dimensiones cosmogónicas y pasa a constituir una familia divina o sagrada, siendo ella capaz de interceder por las personas ante el Gran Espíritu. Asimismo, ella encarna los valores y cualidades del "ser" mapuche y de la proyección de su cultura: la fortaleza (newenche), la sabiduría (kimche), el bienestar (kümeche) y la rectitud (norche).

De acuerdo al relato, estos elementos tienen un correlato directo en el sistema social mapuche. Y es que los ancianos y ancianas (Kuyfikeche), o bien las personas mayores (Wünenkeche), de cada familia y de cada Lof¹, "son los encargados de la transmisión de conocimientos a las generaciones jóvenes, a través de sus elementos claves como el Tuwün² y el Küpan³", los cuales son transmitidos mediante ciertos mecanismos religiosos, conductuales y de comportamiento social y cultural a las generaciones más jóvenes.

Hablamos, por tanto, que los mayores (Kuyfikeche) son los transmisores tanto de la sabiduría (Kimün), de la cultura y de las tradiciones (Az Mapu) del pueblo mapuche. Este último elemento es relevado por Chihuailaf al señalar que "es la Az Mapu lo que determina la continuidad de nuestra manera de comprender el mundo y, por lo tanto establece nuestros conceptos de organización cultural como visión totalizadora, pero que -descrito en sus especificidades- implica desde luego lo denominado social, político, territorial, jurídico, religioso, cultural" (1999:50).

En cuanto a los modos de transmisión de la cultura, este autor pone el acento en otro de los elementos relevantes: el lenguaje y la oralidad. Para Chihuailaf (1999) el acervo cultural (Az Mapu) es traspasado por los mayores hacia los más jóvenes mediante la oralidad. Recordemos que el pueblo mapuche es ágrafo, por lo que el significado y el valor de la palabra resultan de vital importancia tanto en términos socioculturales y, en consecuencia, se constituye en el elemento articulador en la transmisión de la herencia: "Porque, como ya le dije, mis abuelos, mis padres, mi gente que me legó la cultura de nuestros antepasados, me enseñaron que la riqueza más extraordinaria es la palabra" (1999:94).

En ese marco, Marimán (2006:34) nos habla del Weupife, una figura dentro de la sociedad mapuche que corresponde al agente especializado en la transmisión del conocimiento histórico mapuche, pero que debido a la imposición cultural y a las políticas de asimilación forzada y de corte homogeneizante, se encuentra fuertemente debilitada y en muchos casos desaparecida.

De modo coincidente con el valor asociado a los ancianos o mayores otorgado por estos historiadores, la oralidad y el lenguaje (mapuzungun o mapudungun) son descritos por Bengoa (2007) en consideración al relato original -o de la creación- en el cual se cuenta que "las primeras gentes de la Tierra habían bajado del cielo, y conocían el lenguaje de los animales, los árboles, el viento y las aguas... Ellos habían traído el idioma araucano del cielo, y es también el único idioma que se habla allá arriba, y del cielo lo trajeron los primeros hombres al bajar" (2007:11).

De esta manera, desde la espiritualidad hasta las prácticas rituales y sociales del pueblo mapuche, existe un enraizamiento cosmogónico en el lenguaje y, en consecuencia, desde ahí se dotan de sentido. Sentencia el mismo autor: “El idioma mapuche es la lengua que se comprende en el cielo, decían los antiguos. Por eso rezar y hacer nguillatunes es eficaz hasta el día de hoy. Allá en el Wenu Mapu, las tierras del cielo, se habla el mismo idioma. Con esta profunda convicción se ha fundado mítica y ceremonialmente el pueblo mapuche” (2007:12). La oralidad, en cuanto mecanismo fundamental de transmisión de saberes, resulta un mecanismo inseparable al significado y al sentido del lenguaje mismo.

En consecuencia, las personas mayores –los ancianos, como se les nombra– son los encargados de transmitirle a los jóvenes y niños el lenguaje de los dioses, desde donde saldrán los elementos culturales y sociales fundamentales del “ser” mapuche.

En ese marco, encontramos por ejemplo a los Epewtufe o Narradores de Epew (relatos ancestrales), personas mayores mapuche que conservan intacto el idioma mapuzungún y que se encargan de transmitirles en su lengua a las nuevas generaciones relatos sobre sus orígenes, creencias y formas de vida.

Aquí encontramos una tensión en la relación con el Estado, pues tal como lo recoge la Comisión Verdad Histórica y Nuevo Trato con los Pueblos Indígenas (2008) el accionar del Estado a través de ciertas políticas, particularmente las educativas, contribuyeron al debilitamiento de la lengua y, en consecuencia, de la transmisión de la cultura: “Va a ser esta política homogeneizadora y negadora de las diferencias culturales, instaurada por la educación formal chilena la que hoy permite comprender por qué existen tan pocos mapuches que, por ejemplo, dominen su propia lengua, que hablen el mapudungun. Los testimonios de mapuches al recordar sus experiencias escolares suelen ser dramáticos, ya que se les prohibía hablar su lengua y se les castigaba en caso de ocuparla y no hablar castellano” (2008:352).

CONVENIO N°169 DE LA OIT: RECONOCIMIENTO Y PROTECCIÓN DE DERECHOS DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

El Convenio N°169 de la OIT (en adelante el Convenio) fue adoptado por el pleno de la Conferencia General de la citada entidad en el año 1989, y entró en vigencia en 1991, luego de ser ratificado por dos Estados: Noruega y México. Como lo prescribe el propio Convenio (Art. 38.2), adquiere vigencia para cada miembro, doce meses después de la fecha en que haya sido registrada la respectiva ratificación (Art. 38.3) y si bien adquiere carácter obligatorio a partir de la ratificación, sirve como una guía de acción para los gobiernos.

Se trata del instrumento jurídico internacional más completo y actualizado sobre las condiciones de vida y trabajo de los pueblos indígenas y tribales, y es el único instrumento internacional sobre el tema, además del Convenio N°107 sobre Protección e Integración de las Poblaciones Indígenas y de otras Poblaciones Tribales y Semitribales en los Países Independientes⁴, el cual señalaba en 1957 que en los países independientes existen poblaciones indígenas y otras poblaciones tribales y semitribales que aún no están integradas en la colectividad nacional

y que su situación social, económica o cultural les impide gozar en igualdad de condiciones de los derechos y de las oportunidades de que disfruta el resto de la población, por lo que instaba a los Estados a “tanto desde el punto de vista humanitario como por el propio interés de los países interesados, perseguir el mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo de esas poblaciones”⁵.

El Convenio, ratificado por nuestro país el 15 de septiembre de 2008 y de cuya entrada en plena vigencia hoy cumple más de cuatro años, posee dos postulados básicos: el derecho de los pueblos indígenas a mantener y fortalecer sus culturas, formas de vida e instituciones propias, y su derecho a participar de manera efectiva en las decisiones que les afectan (OIT: 2007:7). Se trata de dos principios que orientan la acción de los Estados en la generación de justicia social para con los pueblos indígenas, favoreciendo especialmente el derecho de los pueblos indígenas a decidir y, en la medida de lo posible, controlar sus prioridades de desarrollo económico, social y cultural. Para ello, los Estados que han ratificado el Convenio se comprometen a adecuar sus legislaciones domésticas a los estándares aquí establecidos y, junto con ello, a desarrollar todas aquellas acciones que sean pertinentes con el objetivo de asegurar el cumplimiento de los postulados en él establecidos.

Pero tal como indica Contesse (2012), bien cabe preguntarnos respecto del rol que cumple este Convenio en relación a los propósitos de inclusión social que una democracia constitucional debe ofrecer a los pueblos indígenas que habitan en su territorio (2007:13). Y es que tuvieron que pasar casi veinte años para que el Congreso de nuestro país ratificara el Convenio y, por lo tanto, asumiera la responsabilidad internacional de reconocer y proteger los derechos de los “pueblos interesados” (Hervé & Pérez, 2012), objetivo último del citado Convenio.

A diferencia de instrumentos internacionales anteriores, el Convenio N°169 OIT se basa en la creencia que los pueblos indígenas constituyen sociedades permanentes. Asimismo, y en segundo lugar, los reconoce como tales, esto es, pueblos indígenas y tribales. Por último, no persigue la integración forzosa de los pueblos a un determinado sistema y orden, sino que aboga por su reconocimiento y por el respeto por la diversidad étnica y cultural.

El Convenio reconoce a los pueblos indígenas como sujetos de derechos colectivos, estableciendo a su favor derechos de tipo político (participación en el Estado, consulta y autogestión), derechos territoriales (de propiedad y posesión sobre las tierras, los territorios y recursos naturales indígenas) y derechos culturales (derecho consuetudinario, educación y salud pertinentes, entre otros) (Hervé & Pérez, 2012).

Hasta antes de la entrada en vigencia del Convenio, la OIT realizó consultas y se discutió sobre el cambio del término “poblaciones” por “pueblo” decidiéndose la utilización de este último “ya que reconoce la existencia de sociedades organizadas con identidad propia, en lugar de simples agrupaciones de individuos que comparten algunas características raciales o culturales”. Es sólo a partir del Convenio N°169 de la OIT, y de la Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas de 2007, a la que Chile también ha adherido, que surgen dos instrumentos internacionales dedicados íntegramente a la situación de los pueblos originarios, y que definitivamente utilizan el término “pueblo”.

Por otra parte, el Convenio promueve el “respeto por las culturas, las formas de vida, las tradiciones y el derecho consuetudinario de los pueblos indígenas y tribales. Asume que éstos seguirán existiendo como parte de sus sociedades nacionales, manteniendo su propia identidad, sus propias estructuras y sus tradiciones. Asimismo, se funda en el principio de que estas estructuras y formas de vida tienen un valor intrínseco que necesita ser salvaguardado” (OIT, 2007:13). Este último aspecto resulta de vital importancia, ya que releva las estructuras y formas de vida –es decir, aspectos materiales como inmateriales– como patrimonio cultural de los pueblos indígenas. En palabras de Montecinos (1994: 205,206) la cultura constituye el espacio de intersección de valores y prácticas articuladas en diversos sistemas simbólicos.

En ese mismo sentido, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco) ha señalado que el patrimonio cultural no se limita a monumentos y colecciones de objetos, sino que comprende también tradiciones o expresiones vivas heredadas de nuestros antepasados y transmitidas a nuestros descendientes, como tradiciones orales, artes del espectáculo, usos sociales, rituales, actos festivos, conocimientos y prácticas relativos a la naturaleza y el universo, y saberes y técnicas vinculados a la artesanía tradicional⁶.

Toda esa matriz patrimonial simbólica ha sido resguardada y promocionada por Unesco por medio de la Convención para la Salvaguardia del Patrimonio Cultural Inmaterial. Esta Convención fue ratificada por nuestro país en el año 2009⁷ transformándose así en un nuevo instrumento jurídico aplicable a favor de los pueblos indígenas. En ese sentido, la patrimonialidad entrega a los Gobiernos la posibilidad –y la responsabilidad– de avanzar en el rescate, resguardo y promoción de elementos –materiales e inmateriales– que históricamente han dotado de sentido sus territorios.

MALTRATO SIMBÓLICO: EL RECONOCIMIENTO INCOMPLETO Y LOS RIESGOS DE LA NO ACCIÓN

Este último apartado, recoge algunas reflexiones respecto a la idea de “maltrato simbólico” expuesta inicialmente, tomando en consideración los planteamientos precedentes en relación al reconocimiento de las personas mayores como una población con características particulares dentro del concepto de “pueblos indígenas” y, en segundo lugar, respecto a las obligaciones que se derivan para el Estado chileno a partir de la aplicación de los instrumentos jurídicos internacionales que han sido ratificados, especialmente el Convenio N°169 de la OIT.

a. Reconocimiento incompleto

Siguiendo con la discusión respecto al resguardo y promoción del patrimonio cultural, es posible establecer un reconocimiento por parte del Estado en estas materias. Por un lado, mediante la ratificación en el año 2009 tanto del Convenio N°169 de la OIT y de la Convención para la Salvaguardia del Patrimonio Cultural Inmaterial de Unesco.

En segundo lugar, y a partir de la revisión de las políticas culturales vigentes (Consejo Nacional de la Cultura y las Artes, Cnca, 2012) es posible establecer un reconocimiento explícito hacia un determinado tipo de patrimonio cultural: los Tesoros Humanos Vivos. Los tesoros humanos vivos se definen como aquellos “exponentes de saberes, conocimientos y tecnologías, generalmente de data antigua, que la sociedad respectiva considera importante resguardar por su valor artístico y cultural, y especialmente por su raigambre, que los identifica con un pueblo o sociedad” (Cnca, 2012:11).

Dentro de esta categoría tenemos el reconocimiento de Paula Painén Cal-fumán, una Epewtufe o Narradora de historias ancestrales mapuche, encargada de transmitir el saber y el conocimiento a las generaciones más jóvenes (Cnca, 2012:82-91): “En la provincia de Cautín son alrededor de diez los cultores y cultoras que practican el mismo oficio de narradores de cuentos, y entre ellos una de las más activas en la transmisión de este saber es Paula Painén, que registra la mayor cantidad de relatos en su memoria y de manera más fidedigna, además de distinguirse por ser la única capaz de narrar todos los cuentos en mapuzungún” (Cnca, 2012:82).

Sin embargo, este reconocimiento parece traer aparejada al menos dos contradicciones: en primer término, en cuanto a la relación singularidad/colectivo ya que el reconocimiento parece no recaer sobre la práctica misma, sino que se tiende a “premiar” su ejercicio por parte de un determinado actor, por sobre otros. En otras palabras, establece una suerte de premio a la “autoctonalidad personal”, reduciendo el valor del patrimonio inmaterial a un determinado grupo de personas que, dentro de ciertos parámetros, se consideran destacadas. Una segunda contradicción se relaciona justamente con la pérdida del sentido de lo colectivo dentro del entendimiento de lo patrimonial. Y es que la opción del realce particularista tiende a “monumentalizar el patrimonio”, un hecho que Millahueique (Ministerio de Justicia, Minju - Servicio Médico Legal, SML, 2012) ya ha planteado como contradictorio, por cuanto a su juicio “la monumentalidad es grandilocuente, la monumentalidad es verticalista, es autoritaria [...] Lo que la concepción monumental no considera grandilocuente no lo reconoce con los valores”. (Minju-SML, 2012:25). De este modo, el valor del colectivo, compuesto mayoritariamente y fundamentalmente por personas mayores indígenas, tiende a anularse.

Por otra parte, la revisión de los lineamientos de política cultural 2011 - 2016 (Cnca, 2011), indican que dentro de las medidas orientadas a salvaguardar las manifestaciones y expresiones culturales de los pueblos originarios se encuentra, entre otras, la promoción del Convenio N°169 de la OIT (Cnca, 2011:65). Es aquí donde cobra sentido la relación complementaria de ambos instrumentos jurídicos internacionales anteriormente indicados (Convenio y Salvaguardia), pues son dos convenciones internacionales que de manera complementaria obligan al Estado de Chile a desarrollar políticas públicas a favor de los pueblos indígenas y, en particular, de resguardo del patrimonio cultural inmaterial. En ese marco, el Convenio plantea que los Estados, junto con realizar acciones afirmatorias y ratificadoras hacia los pueblos indígenas presentes en sus territorios, deben velar por el resguardo y la promoción de sus derechos en términos colectivos (2009:25).

b. La no acción estatal

Desde la perspectiva de Huenchuán (1998), el Estado tiende a intervenir sobre ciertos temas mediante modelos homogeneizantes. Particularmente, respecto al tema de la vejez o ancianidad, ya en el año 1999 la autora advertía que “tal como se está tratando la cuestión surge el riesgo de tematizar la ancianidad de acuerdo a un único tipo humano adulto mayor (hombre/jubilado/urbano). No siempre se considera la pluralidad de experiencias de la vejez y el envejecimiento en base a la cultura, la condición de género, posición social y zona de residencia de las personas que componen este grupo humano” (1999:1).

La misma autora señala que la creciente tendencia a segmentar y compartimentar el análisis de problemas a determinados ámbitos o aspectos (es decir, sólo género, sólo etnia o sólo edad), en virtud de los paradigmas imperantes en el momento y “para lo cual se han elaborado teorías sustantivas que responden determinadas preguntas y problemas” (1999:1). En otras palabras, nos advertía que desde el Estado se tendía hacia un doble reduccionismo: abordaje segmentado y compartimentado del problema y, en segundo lugar, búsqueda de respuestas acordes al modelo de pensamiento (paradigma) imperante.

Pero ¿qué ocurre cuando el Estado toma la decisión de no intervenir? Buena parte de la literatura sobre políticas públicas (Tamayo, 1997; Subirats, 1992; Aguilar, 1993; entre otros) coincide en que la no acción estatal, esto es, la decisión deliberada de un Estado de no actuar frente a situaciones de complejidad social definidos como problemas públicos, constituye un tipo de política pública. Se trata de una decisión estatal, usualmente no explícita, de no intervención, en la cual se pueden buscar efectos tales como dejar que el conflicto sea resuelto por los propios actores interesados, porque como problema/situación compleja resulta menos prioritaria que otras, o bien, porque la situación no es vista como un problema, por tanto no existe una definición del problema como tal o no resulta necesario modificar la situación actual (Aguilar, 1993:23).

El proceso de definición de problemas públicos constituye un ámbito en el cual entran en juego una serie de actores, con intereses y niveles de poder asimétricos, que buscan hacer que su problema sea comprendido, asumido y definido como problema público por el Estado y, por consiguiente, se transforme en un objeto de su atención y de su resolución. En esa perspectiva, Tamayo (1997) ha definido las políticas públicas como “el conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas que en un momento determinado los ciudadanos y el propio gobierno consideran prioritarios” (1997:281). Por consiguiente, política pública es todo lo que los Estados deciden hacer o no hacer sobre un objeto de atención pública.

En esta perspectiva, podemos preguntarnos en torno a las implicancias de los silencios del actuar estatal, es decir, de aquellos casos en que el Estado decide no intervenir. En el marco de nuestro análisis, la preocupación está dada en relación al reconocimiento de las personas mayores indígenas como sujetos particulares dentro del conjunto mayor que son los pueblos indígenas, lo que los convierte tanto en sujetos con derechos colectivos diferenciados como en una población preferente de políticas públicas específicas.

El riesgo de no intervención se ajusta en buena medida a lo planteado por Huenchuán (1998) en lo que dice relación con los paradigmas dominantes. Y es que la ratificación del Convenio N°169 de la OIT y de la Salvaguardia sobre la protección del patrimonio cultural inmaterial de Unesco desafían (y obligan) al Estado a un cambio paradigmático en los modos de hacer gobierno: pasar de ser un actor reactivo, esto es, a dar solución a los problemas públicos una vez que estos ya se han generado, a ser un actor proactivo, es decir, que diagnostica y construye anticipadamente un escenario de intervención sobre aquellas situaciones que socialmente son complejas -y por tanto, factibles de convertirse en problemas públicos- para así entregar soluciones más integrales.

¿Por qué, entonces, hablamos en este artículo de maltrato simbólico? La respuesta está en el artículo N°5 letras "a" y "b" del Convenio N°169 de la OIT el que señala: "Al aplicar las disposiciones del presente Convenio: a) deberán reconocerse y protegerse los valores y prácticas sociales, culturales, religiosos y espirituales propios de dichos pueblos y deberá tomarse debidamente en consideración la índole de los problemas que se les plantean tanto colectiva como individualmente y b) deberá respetarse la integridad de los valores, prácticas e instituciones de esos pueblos".

El postulado indica que los Estados ratificantes de este Convenio se obligan a, en primer lugar, generar las acciones de reconocimiento hacia aquellos elementos simbólicos que forman parte y dotan de sentido la cultura indígena. Luego, el deber de atender los problemas planteados por los pueblos indígenas, tanto de modo individual como colectivo. Tercero, que estas acciones estatales respeten la integralidad del acervo cultural, es decir, consideren las estructuras y las formas de vida tradicionales de la población indígena.

En ese sentido, existen para el Estado chileno al menos dos niveles de tensión: por un lado, el hecho que las normas del Convenio son autoejecutables y de carácter obligatorio para los Estados que la han ratificado. Por otro lado, debemos agregar que tales normas contienen requerimientos específicos en relación al debido reconocimiento y resguardo de la integralidad de la cultura indígena.

Bajo ese prisma, dichas tensiones devienen en la necesidad de diseñar políticas públicas a favor de los pueblos indígenas, haciendo que las decisiones de no acción estatal se pongan en contraposición al compromiso asumido y no tengan cabida bajo un rol de Estado proactivo. Asimismo, dado que tales políticas públicas deberán atender la integralidad de los aspectos culturales de los pueblos indígenas -tanto en sus aspectos materiales como simbólicos- los Estados se enfrentan a la necesidad de incorporar en su proceso de diseño y elaboración de políticas nuevas tecnologías de conocimiento, y así responder a los compromisos internacionalmente asumidos.

La no resolución de ambas tensiones, bajo la mirada que aquí se ha planteado, daría lugar a acciones de maltrato simbólico de parte del Estado hacia los pueblos indígenas: silencios e inercias estatales frente a la obligación autoasumida de resguardo, protección y promoción de la cultura de los pueblos indígenas.

CONCLUSIONES

“Es de suma importancia que las políticas tengan en cuenta a nuestros ancianos ya que ellos han jugado un papel muy importante en nuestras culturas y en la organización del movimiento indígena; son ellos los que mantienen y transmiten, en forma oral y tradicional, las costumbres, el sistema organizativo y los aspectos culturales que hasta hoy han posibilitado la vida de nuestros Pueblos” (Chihuailaf, 1999:48).

Así resumía Elicura Chihuailaf en su Recado Confidencial a los Chilenos (1999) la relación entre políticas públicas y las personas mayores indígenas. Hoy, cuando reconocemos el valor de la ancianidad indígena –mapuche en particular– esta frase cobra mayor fuerza, pues se trata de un subgrupo etario indígena que condensa los valores del “ser” y es el encargado de transmitir estos valores, materiales e inmateriales, a las nuevas generaciones. Son la memoria y la tradición vivientes, un colectivo de tesoros humanos vivos que dotan de sentido y nutren las raíces del pueblo mapuche, que requieren de un tratamiento estatal diferenciado y con un sentido de continuidad.

En ese marco, este artículo ha querido poner sobre la mesa el valor de las personas mayores indígenas para las políticas públicas del Estado de Chile. Para ello se ha realizado un análisis descriptivo sobre el significado del adulto mayor mapuche (Kuyfikeche), haciéndose mención a figuras tales como los Weupife y los Epewtufe, que a pesar de su enorme valor, se encuentran altamente debilitadas.

Este análisis se ha contrastado con las obligaciones asumidas por el propio Estado en virtud de la ratificación de instrumentos jurídicos internacionales a favor del reconocimiento, protección y promoción de la cultura de los pueblos indígenas. En ese ámbito, las disposiciones que emanan del Convenio N°169 de la OIT apuntan a un cambio en la forma en que los Estados han venido desarrollando tradicionalmente su relación con los pueblos indígenas. Hablamos de un cambio de paradigma, pues vemos la necesidad de que éste se transforme en un actor proactivo del resguardo de los derechos de sus pueblos indígenas, capaz de identificar a priori eventuales situaciones complejas, donde exista una relación de lo público con los pueblos indígenas, y lograr su problematización anticipada.

La contrastación de ambos elementos –el valor de la ancianidad indígena y los compromisos asumidos bajo la ratificación de instrumentos jurídicos internacionales– ha sido puesta en entredicho bajo una alerta: el maltrato simbólico.

Se espera que los elementos aquí mencionados sirvan de insumo para la reflexión académica y, mejor aún, sean un incentivo para que las distintas agencias incorporen nuevos instrumentos teórico-prácticos que permitan al Estado dar una respuesta moderna a problemas ancestrales.

NOTAS AL CAPÍTULO 13

1. Lof: espacio territorial limitado por espacios naturales tales como ríos, montes, bosques y conformado por familias emparentadas, patrilinealmente, poseen un origen y una descendencia común (Marimán; 2006:275).
2. Tuwün: procedencia geográfica territorial del che (persona). Elemento constituyente de su identidad (Marimán; 2006:25).
3. Kúpan: procedencia sanguínea familiar del che, tanto por el lado patrilineal como matrilineal. Elemento fundamental -aunque no el único- que determina el Az, carácter o modo de ser del individuo (Marimán; 2006:25).
4. Ratificado por 27 países, no siendo Chile uno de ellos.
5. Organización Internacional del Trabajo, OIT (1957): Convenio sobre poblaciones indígenas y tribales, 1957 (núm. 107). Rescatado de http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C107.
6. Portal web de UNESCO <http://www.unesco.org/culture/ich/index.php?lg=es&pg=00002>. Los énfasis son del autor.
7. Ratificado mediante decreto N°11 del Ministerio de Relaciones Exteriores, de fecha 11 de enero de 2009, Santiago de Chile.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- » Aguilar, L. (ed.). (1993). La implementación de las políticas. Miguel Ángel Porrúa Editor, México.
- » Bengoa, J. (2007). Historia de los antiguos mapuches del sur. Desde la llegada de los españoles hasta las paces de Quilín. Catalonia, Segunda edición, Santiago.
- » Comisión Verdad Histórica y Nuevo Trato con los Pueblos Indígenas. (2008). Informe de la Comisión Verdad Histórica y Nuevo Trato con los Pueblos Indígenas. Primera Edición, Santiago.
- » Consejo Nacional de la Cultura y las Artes, Cnca. (2011). Política Cultural 2011-2016. Departamento de Estudios, Primera Edición, Valparaíso. Recuperado de http://www.cultura.gob.cl/wp-content/uploads/2011/11/politica_cultural_2011_2016.pdf
- » Consejo Nacional de la Cultura y las Artes, Cnca. (2012). Tesoros Humanos Vivos. Primera edición, Santiago. Recuperado de <http://issuu.com/consejodela-cultura/docs/artesania-tesoros-humanos-vivos?e=1246619/1926281>
- » Contesse, J. (Ed.). (2012). El Convenio 169 de la OIT y el derecho chileno. Mecanismos y obstáculos para su implementación. Primera edición, Universidad Diego Portales, Santiago.
- » Chihuailaf, E. (1999). Recado confidencial a los chilenos. LOM, Primera edición, Santiago.

- » Hervé, D. & Pérez, S. (2012). Adecuación de la legislación interna a los estándares impuestos para la administración de recursos naturales. En Contesse Singh, Jorge (Ed.) (2012): "El Convenio 169 de la OIT y el derecho chileno. Mecanismos y obstáculos para su implementación". Primera edición, Universidad Diego Portales, Santiago, pp. 15-101.
- » Huenchuán, S. (1998). Vejez, género y etnia. Grandes temas para el siglo XXI. Documento digital disponible en <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-016-054.pdf>
- » Marimán, P., Caniuqueo, S., Millalén, J. & Levil, R. (2006). ¡...Escucha winka...!. Cuatro ensayos de Historia Nacional Mapuche y un epílogo sobre el futuro. LOM, Primera edición, Santiago.
- » Ministerio de Justicia-Servicio Médico Legal, Minju-SML. (2012). Estudio sobre ritos mortuorios de comunidad de pueblos originarios de la región de La Araucanía y pertinencia cultural en la atención de peritajes tanatológicos en el Servicio Médico Legal. Centro de Derechos Humanos de la Universidad Diego Portales, Informe final, sin publicar.
- » Montecinos, S. (1994). Igualdad con equilibrio y respecto a las diversidades. En Políticas de Igualdad de Oportunidades. Ediciones Servicio Nacional de la Mujer, Sernam. Santiago.
- » Organización Internacional del Trabajo, OIT. (2007). Convenio N°169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. Oficina Regional para América Latina y el Caribe, Segunda edición, Lima.
- » Organización Internacional del Trabajo, OIT. (1957) Convenio sobre poblaciones indígenas y tribales, 1957 (núm. 107) (Entrada en vigor: 02 junio 1959) Recuperado de http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C107
- » Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, Unesco. (2003). Convención para la Salvaguardia del Patrimonio Cultural Inmaterial. París.
- » Subirats, J. (1992). Un problema de estilo. La formación de políticas públicas en España. Cuadernos y Debates N°38, Centro de Estudios Constitucionales, Madrid.
- » Tamayo, M. (1997). El Análisis de las Políticas Públicas. p. 281. En Bañón, y Carrillo (comps.) (1997): "La nueva Administración Pública", Alianza Editorial.

NOTA BIOGRÁFICA DE AUTORES Y AUTORAS

Sandra Huenchuán Navarro

Doctora en Estudios Latinoamericanos con Mención en Antropología de la Universidad de Artes y Ciencias Sociales, Chile; tiene un Postdoctorado en Antropología de la Universidad de Chile. Desde 2002 se ha desempeñado como especialista en envejecimiento en la División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal) de las Naciones Unidas. Ha tenido a su cargo la coordinación técnica de las tres conferencias sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe (Santiago, 2003; Brasilia, 2007 y San José de Costa Rica, 2012) y ha publicado cinco libros en las Naciones Unidas, además de más de una decena de documentos sobre envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas.

Paulina Ramos Vergara

Abogada de la Universidad de Chile. Doctora en Derecho, Magíster en Ciencia Jurídica y Magíster en Derecho Público de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Tiene un postítulo en Derecho de la Empresa de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Ha trabajado como abogada del Consejo de Defensa del Estado ejerciendo como abogada Director del Departamento de Estudios y Planificación. También se desempeñó como abogada de la Comisión Nacional de Verdad y Reconciliación. Se ha desempeñado como profesora de Derecho en la Pontificia Universidad Católica, en la Universidad de Chile, en la Universidad Austral de Chile y en la Universidad Alberto Hurtado. Actualmente se desempeña como abogada y profesora asistente de la Facultad de Medicina y del Centro de Bioética de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Angela Arenas Massa

Abogada de la Universidad Austral de Chile. Doctora en Bioética de la Ateneo Pontificio Regina Apostolorum - Roma. Magíster en Bioética y Formación de la Universidad Cattolica del Sacro Cuore - Roma. Magíster en Derecho de Familia y de Menores de la Libera Università della M. SS. Assunta - Roma. Ha trabajado en instituciones que prestan servicios jurídicos gratuitos a personas de escasos recursos como la Corporación de Asistencia Judicial de la Región del Bío Bío; el Proyecto Ayelén de maltrato infantil grave de la Red del Servicio Nacional de Menores (Sename) Valdivia; la Clínica Jurídica de la Universidad Finis Terrae. Se ha desempeñado como profesora de Bioética en la Pontificia Universidad

Católica y de Introducción al Derecho en la Universidad Finis Terrae. Actualmente se desempeña como profesora asistente de la Facultad de Medicina en el Centro de Bioética y es miembro del Comité Consultivo del Servicio Nacional del Adulto Mayor (Senama).

Jessica Arenas

Abogada y Licenciada en Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad de Chile. Diplomado en Bioética de la Pontificia Universidad Católica. Magíster en Mediación y Asesoramiento Familiar de la Universidad Pontificia Comillas de Madrid España. Magíster © en Humanidades con Mención en Arte de la Universidad Gabriela Mistral. Entre 2001 y 2002 trabajó en la Fundación Marillac de las Hijas de la Caridad en Madrid en el proyecto de acompañamiento de los permisos penitenciarios y terapias familiares al interior de la Cárcel de Valde-moro. En 2002 ingresó al Poder Judicial como Secretaria del Segundo Juzgado de Menores de Antofagasta, posteriormente se desempeño el mismo cargo en Talca. En 2005 fue nombrada Juez del Juzgado de Familia de Peñaflor y al año siguiente asumió como Juez del Segundo Juzgado de Familia de Santiago. Desde 2012 se desempeña como Juez Preferente en el Centro de Medidas Cautelares (CMC) y coordina la mesa de trabajo del CMC y Senama.

Marcelo Piña

Posdoctorado en Gerontología Social. Doctor en Estudios Americanos con mención en Pensamiento y Cultura. Máster en Gerontología Social. Diplomado en Atención Gerontológica, en Pedagogía Universitaria y Licenciado en Trabajo Social. Académico de la Facultad de Ciencias Sociales y Económicas de la Universidad del Maule - Chile. Es autor y compilador de tres libros y de diversos artículos publicados en revistas nacionales e internacionales. Actualmente ejecuta el proyecto Fondecyt N°11121162, centrado en la opinión pública y especializada de los roles sociales de las personas mayores en Chile en el periodo 2002 - 2012. Integra diversas redes académicas como Internacional del Conocimiento e Investigador Red Larna de la University Of Oxford. Ha participado en las sesiones del Grupo de Trabajo de Composición Abierta sobre Envejecimiento de la Organización de las Naciones Unidas. Actualmente es miembro del Comité Consultivo del Servicio Nacional del Adulto Mayor (Senama).

Gonzalo Navarrete Hernández

Médico internista de la Universidad de Chile y profesor asistente de la misma casa de estudios. Actualmente está estudiando la especialidad de Geriátría y cursa el Magíster en Envejecimiento y Calidad de Vida que dicta el Instituto de Nutrición y Tecnología en Alimentos (INTA). Es diplomado en Gestión de Instituciones de Salud. Ha participado en diversas investigaciones a nivel nacional, que ha expuesto tanto en Chile como en el extranjero.

Constanza Briceño Ribot

Terapeuta Ocupacional de la Universidad de Chile. Diplomada en Cuidados Pa-

liativos Oncológicos de la Universidad de Chile y en Geriatría y Gerontología de la misma casa de estudios. Candidata a Magíster en Bioética de la Universidad de Chile. Es Instructora Agregada de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, académica de la escuela de Terapia Ocupacional de la Universidad de Chile y de la Universidad Central en el área de adulto mayor. Es terapeuta ocupacional del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación de la Sección Geriatría del Hospital Clínico de la Universidad de Chile donde se desempeña en la Unidad Geriátrica de Agudos. Tiene experiencia en la atención de personas mayores y en la investigación en contexto de hospitalización (prevención del deterioro funcional y prevención y manejo del delirium).

Víctor Hugo Carrasco Meza

Médico de la Universidad de Chile y Especialista en Geriatría y ex Jefe del Servicio de Geriatría del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Diplomado en Alta Dirección Pública. Doctor en Medicina Geriátrica, Universidad Complutense de Madrid. Profesor Asociado y Director del Programa de Formación de Especialistas en Geriatría de la Escuela de Posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Pertenecer a varias sociedades científicas, Instituciones académicas y organismos de acreditación. Presidente de la Sociedad de Geriatría y Gerontología de Chile. Ha dedicado su vida profesional a colaborar con el desarrollo de la especialidad en Chile, a la creación de equipos multidisciplinarios y al diseño de sistemas de atención geriátrica integral, participando en diferentes instancias del Estado (Congreso Nacional, Ministerio de Salud, Senama, Universidades, etc.)

Daniela Thumala Dockendorff

Psicóloga clínica. Doctora en Psicología y Magíster en Antropología y Desarrollo de la Universidad de Chile. Académica y supervisora clínica de la Escuela de Psicología de la Universidad Católica Silva Henríquez y miembro del equipo creador y coordinador del programa de atención psicológica para adultos mayores, Amsam. Integró el equipo de investigadores del Programa de Estudios Sistemáticos en Envejecimiento y Vejez de la Universidad de Chile y se desempeñó como profesora de diversos programas académicos del ámbito de la psicogerontología y ciencias sociales en diferentes universidades.

Susana González

Médico Psiquiatra especializada en Adultos y en Psicogeriatría de la Universidad de Chile. Diplomada en Atención Gerontológica de la Pontificia Universidad Católica de Chile y magíster en Psicogerontología de la Universidad Maimónides. Se desempeña como profesor adjunto de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Además es jefe y docente del Diplomado en Psicogerontología Educativa y Social de la Pontificia Universidad Católica de Chile y del Diplomado en Prevención y Abordaje del Maltrato hacia las Personas mayores que imparte dicha casa de estudios. Ha escrito diversos capítulos de libros destinados a las actividades de extensión que realiza el Programa Adulto Mayor de la Pontificia Universidad Católica de Chile y ha realizado talleres y cursos en temas vinculados a la salud mental de las perso-

nas mayores. En el área clínica se desempeña como psicogeriatra y psicogerontóloga en el Centro Médico San Joaquín de la Red de Salud UC - Christus y en el sector privado.

Marisol del Pozo Sánchez

Psicóloga Clínica de la Universidad Católica de Chile. Magíster en Sociología de la Universidad Alberto Hurtado. Se ha especializado en la violencia psicosocial y derechos humanos y violencia de género. En este sentido, implementó programas de intervención preventivos y respiratorios. Realizó docencia de pre y posgrado en las temáticas antes mencionadas y ha contribuido a la formación y capacitación de profesionales y técnicos en clínica de la violencia. Además, desarrolló labores de supervisión a profesionales y equipos que, desde el ámbito público o privado, desarrollan su quehacer clínico en dichas temáticas. Actualmente es directora del Centro de Atención Clínica de la Universidad Católica Silva Henríquez, donde se implementó un programa de salud mental dirigido a personas mayores y a sus cercanos.

Beatriz Zegers Prado

Psicóloga clínica de la Pontificia Universidad Católica de Chile y Magíster en Fundamentación Filosófica de la Universidad de los Andes. Su carrera académica comenzó en la escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile y continuó en la escuela de Psicología de la Universidad Gabriela Mistral. Actualmente se desempeña como profesora titular y Directora Académica de la Escuela de Psicología de la Universidad de los Andes. Su interés por la temática del adulto mayor comenzó en la década de los '80, cuando integró la comisión que diseñó el programa específico para el adulto mayor de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Actualmente integra el Comité Consultivo del Servicio Nacional del Adulto Mayor (Senama). En 2005 publicó "Cruzando el mediodía. Nuevos desafíos, peligros y oportunidades que se presentan a partir de los 40 años".

Atenea Flores Castillo

Economista y psicóloga con Magíster en Psicoanálisis y 25 años de experiencia en el trabajo con personas mayores, así como con sus cuidadores familiares y profesionales. En México se desempeñó como psicóloga del Programa de Atención Domiciliaria a Población Vulnerable y como asesora del Secretario de Salud del Distrito Federal. Desde 2010 colabora con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal), organización con la que en 2012 publicó Cuidado y Subjetividad: Una Mirada a la Atención Domiciliaria; en 2013, Cuidado Domiciliario y Recuperación de la Subjetividad y actualmente está a la espera de la publicación de Transferencias No Contributivas a Personas Mayores. Análisis comparativo de dos programas: 70 y más y Pensión Alimentaria de la Ciudad de México. Ha trabajado como docente y capacitadora en la Universidad Autónoma Metropolitana, en el Centro de Investigación y Docencia Económica y en la Secretaría de Salud del Distrito Federal (México). En 2013 fue invitada por el Oxford Institute of Population Ageing de la Universidad de Oxford para presidir la Mesa Redonda Home Care Requires more than Physical Care, donde también realizó una presentación sobre la atención médica y psicológica de los programas de transferencias a personas mayores en México.

Blanca L. Ansoleaga Humana.

Maestra en Letras Modernas y Doctora en Filosofía. Actualmente es profesora en el Departamento de Letras de la Universidad Iberoamericana y en la Asociación Psicoanalítica Mexicana (APM). Ha publicado Antología de Filosofía de la Comunicación por la Universidad Anáhuac; Los Movimientos de la Pasión de Nietzsche, UIA; dos libros de poemas: Ayeres y Nostalgia del Cuerpo; una novela, La Isla de las Mariposas. Es coautora de varios libros publicados por el "Taller de Teoría y Crítica Literaria Diana Morán" del que forma parte. Es cofundadora de la Revista Mundo Psique.

Miguel Angel Zarco Neri

Psicoanalista independiente. Estudió Filosofía en la Universidad Iberoamericana. Fue Coordinador de Humanidades en la Escuela Superior de Ingeniería Mecánica y Eléctrica del IPN y Director del Departamento de Filosofía de la Universidad Iberoamericana. Se ha desempeñado como docente en el Colegio de Psicología de la Universidad del Claustro de Sor Juana, en el Centro de Estudios de Postgrado de la Asociación Psicoanalítica Mexicana, en el Centro de Investigaciones y Estudios Psicoanalíticos y en el Centro Desarrollo de la Comunidad, A.C. Es autor de El Humanismo de Maritain y co-autor de Introducción a la Filosofía del Hombre y de la Sociedad. Desde 1995 se ha desempeñado en el área editorial: en la Revista Subjetividad y Cultura, como miembro del Consejo de Redacción, en la Dirección Editorial de la Revista Espectros del Psicoanálisis y, actualmente, es cofundador y miembro del Consejo Editorial y editor de Mundo Psique, Revista de Psicología y Cultura.

Marcelo Hermosilla Jaramillo

Administrador Público de la Universidad de Concepción. Magíster en Política y Gobierno de Flacso - Chile. Diplomado en Gobierno y Gestión Pública de la Universidad Alberto Hurtado y Diplomado en Investigación Cualitativa de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Tiene experiencia como consultor en áreas de metodología; diseño, aplicación y evaluación de proyectos sociales y en control de la gestión pública en servicios públicos. Su principal objeto de estudio es la etapa inicial del ciclo de políticas públicas, en particular lo relativo a la definición de problemas públicos, configuración y establecimiento de la agenda pública y diseño de políticas para población específicas, especialmente adultos mayores y pueblos indígenas.

Máximo Caballero Astudillo

Asistente Social, Licenciado en Trabajo Social Universidad de Valparaíso, Diplomado en Gerontología, Diplomado en Administración para la Gestión Gerontológica, Magister(c)en Gerontología Social de la Universidad de Valparaíso. Desde el año 2008, es funcionario del Servicio Nacional del Adulto Mayor Senama, primero como Gestor Regional del Programa Vínculos en Senama Valparaíso y desde el 1º de Febrero 2012, Encargado Nacional del Programa Contra el Maltrato y Abuso al Adulto Mayor, División de Gestión y Operación Territorial Senama. Ha desarrollado cátedras en Trabajo Social Gerontológico, Políticas Públicas y Sociales hacia las personas mayores.

María Teresa Abusleme Lama

Socióloga y Licenciada en Estética de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Magíster en Política y Gobierno, grado académico impartido por el Área de Gobierno y Asuntos Públicos de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Flacso-Chile y la Universidad de Concepción, Diplomada en Psicogerontología de la Pontificia Universidad Católica de Chile y en Coaching Ontológico por Newfield Consulting. Se ha desempeñado en la gestión y coordinación de políticas públicas en torno a la seguridad ciudadana, consumo y tráfico de drogas, superación de la pobreza, fomento económico y vejez y envejecimiento. Ha realizado diversos diagnósticos en temáticas educacionales y comunitarias, evaluando también distintos programas gubernamentales. Desde la empresa privada, trabajó con población indígena y comunidad en general, promoviendo acciones para su desarrollo a través de la participación y la integración, en el marco de la Responsabilidad Social Empresarial. Actualmente se desempeña en el Servicio Nacional del Adulto Mayor a cargo del área de estudios de la Institución.



Fono Mayor:
800 400 035

www.senama.cl

